

## ALIROCUMAB (PRALUENT<sup>MC</sup>) OU ÉVOLOCUMAB (REPATHA<sup>MC</sup>) - HYPERCHOLESTÉROLÉMIE FAMILIALE HÉTÉROZYGOTE (HFHe) CHEZ L'ADULTE

**IMPORTANT**

Ce formulaire doit être rempli par le (la) professionnel(le) autorisé(e) à prescrire.

### 1. IDENTIFICATION

ASSURÉ(E)				PATIENT(E) (si autre que l'assuré(e))	
Nom		Prénom		Nom	
N° de client à la CCQ		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Lien avec assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant	
N°	Rue	N° d'appartement		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
Ville		Province		Cette demande a-t-elle fait l'objet d'une analyse auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou d'un autre assureur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Code postal	N° de téléphone (1)	N° de téléphone (2)		Si oui, veuillez fournir une copie de l'acceptation ou du refus de la demande.	

### 2. PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE

Nom		Prénom		Spécialité	N° de permis
N°	Rue	N° de bureau		Ville	
Province	Code postal	N° de téléphone		Courriel	

### 3. MÉDICAMENT VISÉ PAR LA DEMANDE

<input type="checkbox"/> ALIROCUMAB	<input type="checkbox"/> EVOLOCUMAB	Forme pharmaceutique	Teneur	Posologie
Durée prévue du traitement	du (AAAA-MM-JJ)	au (AAAA-MM-JJ) ou date indéterminée <input type="checkbox"/>		Si la personne est hospitalisée, indiquez la date prévue de son congé (AAAA-MM-JJ).
Type de demande	<input type="checkbox"/> Demande initiale (Remplissez les sections 4-6-7) <input type="checkbox"/> Demande de renouvellement d'une autorisation (Remplissez les sections 5-6-7)			

### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - DEMANDE INITIALE OU CHANGEMENT DU TRAITEMENT

Diagnostic	
<input type="checkbox"/>	Hypercholestérolémie familiale <b>hétérozygote</b> (HFHe) chez l'adulte. Maladie cardiovasculaire athéroscléreuse associée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	Autre. Précisez : _____
Confirmation de l'hypercholestérolémie familiale HÉTÉROZYGOTE	
<input type="checkbox"/> Génomique	Les résultats devront être fournis sur demande
<input type="checkbox"/> Phénotypage	Au moins un des éléments suivants : <input type="checkbox"/> Une histoire familiale d'HFHe confirmée par génotypage chez un parent du premier degré; <input type="checkbox"/> La présence d'une mutation causant une hypercholestérolémie familiale des gènes LDLR, ApoB ou PCSK9 chez un parent du premier degré; <input type="checkbox"/> La présence de xanthomes chez la personne ou chez un des parents du premier ou du deuxième degré; <input type="checkbox"/> La présence d'un arc cornéen avant l'âge de 45 ans chez un parent du premier degré; <input type="checkbox"/> Une histoire familiale d'une concentration de C LDL > 4,9 mmol/l chez un parent adulte du premier degré ou ≥ 4 mmol/l chez un parent du premier degré âgé de moins de 18 ans; <input type="checkbox"/> Une histoire familiale d'une concentration du cholestérol total > 7,5 mmol/l chez un parent adulte du premier ou du deuxième degré ou > 6,7 mmol/l chez un parent du premier degré âgé de moins de 16 ans.
<input type="checkbox"/> Non confirmée	Selon le critère, l'hypercholestérolémie familiale hétérozygote doit être confirmée par génotypage ou phénotypage.

#### 4. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – DEMANDE INITIALE OU CHANGEMENT DU TRAITEMENT (SUITE)

Bilan lipidique		
Au moment du diagnostic	Date (AAAA-MM-JJ)	C-LDL (mmol/L)
Avant le début du traitement avec l'alirocumab ou l'évolocumab	Date (AAAA-MM-JJ)	C-LDL (mmol/L)
Résumé des essais antérieurs : statine en association avec l'ézétimibe		
Statine Nom : _____ Dose : _____ Posologie : _____	Utilisation à dose optimale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Ezétimibe Dose : _____ Posologie : _____	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Contre-indication <input type="checkbox"/> Autre Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)
Aucun essai	Précisez : _____	du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)

#### 5. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - POURSUITE DU TRAITEMENT

Renseignements nécessaires pour évaluer la réponse au traitement	Valeur de laboratoire avant le début du traitement avec l'évolocumab	Valeur de laboratoire la plus récente
Diminution d'au moins 40 % du C-LDL par rapport aux valeurs de base avant le début du traitement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date (AAAA-MM-JJ)	Date (AAAA-MM-JJ)
	C-LDL (mmol/L)	C-LDL (mmol/L)

#### 6. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIFS)

--

#### 7. SIGNATURE DU (DE LA) PROFESSIONNEL(LE) AUTORISÉ(E) À PRESCRIRE

Signature	Date (AAAA-MM-JJ)

Le présent formulaire respecte la liberté du (de la) professionnel(le) autorisé(e) de prescrire le médicament visé par la demande ainsi que celle du (de la) pharmacien(ne) d'exécuter l'ordonnance, et ne vise que l'obtention de renseignements pour fins d'autorisation de paiement.

#### Retournez le présent formulaire :

- Par Internet : Dans MÉDIC en ligne, à [sel.ccq.org](http://sel.ccq.org) (si transmis par l'assuré(e))
- Par télécopieur : **514 341-4451**
- Par la poste : MÉDIC Construction, C. P. 2212, succursale Chabanel, Montréal (Québec) H2N 0B8