

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

EVOLOCUMAB

NB: Uitsluitend de **laatste versie** van de (artsen) verklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op <http://www.znformulieren.nl>

VERSIE: 7.0
INGANGSDATUM: 01-04-2025
NUMMER: 106

A VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekerdenummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

B IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVEND SPECIALIST
doorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C', toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig.

Ondergetekende, cardioloog of internist of kinderarts 'metabole ziekten', verklaart evolocumab te hebben voorgeschreven aan deze verzekerde:		kolom 1*	kolom 2*
1	met hypercholesterolemie die bij de behandeling met maximaal verdraagbare orale lipidenverlagende therapie van een statine en ezetimib niet de LDL-C streefwaarde bereikt conform de vigerende cardiovasculair risico management (CVRM)-richtlijn	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE	XO
2	en met een voldoende hoog risico door: <ul style="list-style-type: none"> Een heterozygote familiäre hypercholesterolemie óf een zeer hoog cardiovasculair risico vanwege vastgestelde hart-en-vaatziekten zoals gedefinieerd in de vigerende CVRM-richtlijn óf een homozygote familiäre hypercholesterolemie (niet LDL-receptor negatief) 	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE	XO
3	in combinatie met: <ul style="list-style-type: none"> met zowel een statine als ezetimib in een maximaal verdraagbare dosering óf met enkel ezetimib in een maximaal verdraagbare dosering indien er sprake is van gedocumenteerde statine-intolerantie* óf met enkel statine indien er sprake is van een contra-indicatie of gedocumenteerde intolerantie* voor ezetimib 	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 4	36
4	als monotherapie indien: <ul style="list-style-type: none"> zowel ezetimib als statines niet ingezet kunnen worden vanwege een contra-indicatie of intolerantie*. 	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	XO

* Er is sprake van een ezetimib intolerantie (maximaal verdraagbare dosering is 0 mg) indien na minstens 4 weken onoverkomelijke bijwerkingen van ezetimib blijven bestaan. Bij statine-intolerantie gaat het om statine-geassocieerde spierpijn voor ten minste drie verschillende statines vastgesteld volgens het stroomschema en de criteria beschreven door EAS/ESC consensus (European Heart Journal 2015; 36: 1012-1022)

C HANDTEKENING ARTS
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

D IN TE VULLEN DOOR APOTHEEK-
HOUDENDE

De apothekhoudende verklaart dat het voorgeschreven geneesmiddel o.b.v. deze artsenverklaring en de bijbehorende apothekinstructie is:

- a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar
- b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar
- c) NIET afgeleverd

AGB-code apothekhoudende:

datum:

handtekening apothekhoudende::



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 106** van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
- Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier **niet** aan. Een verklarende lijst voor de vergoedingscodes in kolom 1 en 2 kunt u vinden op www.znformulieren.nl.

