REMBOURSEMENT DE LEQVIO® (inclisiran)

Aucune garantie de prise en charge des coûts auprès de la caisse-maladie n'est requise. Si vous souhaitez néanmoins faire une demande écrite, vous pouvez utiliser ce document. Vous trouverez la limitation de LEQVIO® dans la liste des spécialités: www.listedesspecialites.ch

Données médicales

◯ Première prescription (demande de garantie de prise en charge des coûts; sections 1+2)
◯ Contrôle du rapport coût-efficacité (sections 1+2)
◯ Contrôle de l'efficacité du traitement (sections 1+3)

1. Anamnèse

Prévention secondaire: chez les patientes et patients après un événement cardiovasculaire ischémique athérosclérotique cliniquement manifeste

◯ LDL-C > 1,8 mmol/l sous le traitement antérieur

OU

Prévention primaire: patientes et patients adultes présentant une hypercholestérolémie familiale hétérozygote

◯ LDL-C > 2,6 mmol/l sous le traitement antérieur

Taux de LDL-C avant le début du traitement par LEQVIO® (sous statine(s) avec ou sans ézétimibe) mmol/l

Date de la mesure:

◯ Diagnostic et première prescription de LEQVIO® par un médecin spécialiste (*angiologie, diabétologie/endocrinologie, cardiologie, néphrologie ou neurologie*)

2. Traitement antérieur

a. ◯ Régime alimentaire complémentaire

b. ◯ Traitement depuis au moins 3 mois par une statine hautement efficace (atorvastatine ou rosuvastatine) à la dose maximale tolérée avec ou sans ézétimibe

OU

◯ Traitement depuis au moins 3 mois par deux statines si aucune statine de haute intensité n'est utilisée à la dose maximale tolérée avec ou sans ézétimibe

OU

◯ En cas d'intolérance aux statines attestée#: traitement depuis au moins 3 mois par l'ézétimibe avec ou sans autres hypolipémiants

Veuillez indiquer la statine utilisée:

Statine hautement efficace

	Dose (maximale tolérée)
◯ atorvastatine	

OU

	Dose (maximale tolérée)
◯ rosuvastatine	

OU

Principe actif		**Dose (maximale tolérée)**
Statine 1		
Statine 2		

Attestation de l'intolérance aux statines#
◯ Myalgie
◯ Augmentation de la CK ≥ 5 × LSN
◯ Hépatopathie sévère

Une intolérance aux statines est attestée quand une tentative de traitement avec plusieurs statines a conduit à des myalgies ou à une augmentation de la créatinine kinase (CK) d'au moins cinq fois la valeur normale supérieure ou une hépatopathie sévère est survenue sous traitement avec une statine.

3. Contrôle de l'efficacité du traitement 5 à 6 mois après le début du traitement par LEQVIO®

Le traitement ne doit être poursuivi que lorsqu'un contrôle effectué dans les 1 à 3 mois suivant la deuxième injection a montré une réduction d'au moins 40% du LDL-C par rapport à la valeur initiale sous traitement hypolipémiant intensif maximal ou qu'une valeur de LDL-C inférieure à 1,4 mmol/l a été atteinte.

Date du début du traitement par LEQVIO®:

Taux de LDL-C sous le traitement par LEQVIO®: mmol/l

Date de la mesure:

◯ Réduction du taux de LDL-C ≥ 40% par rapport à la valeur initiale

ET/OU

◯ Taux de LDL-C < 1,4 mmol/l

Chez les patientes et patients ayant précédemment reçu un traitement par un inhibiteur de la PCSK9, une réduction d'au moins 40% par rapport à la valeur initiale sous traitement hypolipémiant intensif maximal avant le traitement par un inhibiteur de la PCSK9 ou une valeur de LDL-C inférieure à 1,4 mmol/l doit être atteinte.

REMBOURSEMENT DE LEQVIO® (inclisiran)

Données personnelles du patient/de la patiente

Nom: Prénom: Date de naissance:

Rue: Complément d'adresse:

NPA: Localité:

Assureur-maladie

Nom: Numéro d'assuré:

Complément d'adresse du médecin-conseil: E-mail:

c/o Médecin-conseil

Adresse de l'assureur: NPA: Localité:

Médecin requérant

Le diagnostic, la première prescription et les contrôles réguliers doivent être effectués par un médecin spécialiste en angiologie, diabétologie/endocrinologie, cardiologie, néphrologie ou neurologie.

Médecin spécialiste FMH: Nom du cabinet médical/de l'hôpital:

Nom: Prénom: Titre:

Rue: Complément d'adresse:

NPA: Localité:

Téléphone: E-mail:

Date: Signature:

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour plus d'informations, se référer à l'information professionnelle/l'information destinée aux patients de Leqvio® disponible sous www.swissmedicinfo-pro.ch.

Catégorie de remise: B

Licensed from Alnylam Pharmaceuticals, Inc.

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Leqvio® (Inclisiran)
Kurzfachinformation
Information professionnelle abrégée
Informazione professionale breve
Succint information for professionals

Novartis Pharma Schweiz AG
Postfach, 6343 Rotkreuz, tél. 041 763 71 11, www.novartispharma.ch

FA-11588735 / 02.2026