RIMBORSO DI LEQVIO® (inclisiran)

Non è necessario richiedere alla cassa malati la garanzia di assunzione dei costi. Se desidera comunque presentare una richiesta scritta, può utilizzare questo documento. La limitazione di LEQVIO® è disponibile nell'elenco delle specialità: www.elencodellespecialita.ch

Dati medici

◯ Prima prescrizione (garanzia di assunzione dei costi; riquadri 1+2) ◯ Verifica dell'economicità (riquadri 1+2) ◯ Controllo di efficacia (riquadri 1+3

1. Anamnesi

Prevenzione secondaria: in pazienti dopo un evento cardiovascolare ischemico aterosclerotico clinicamente manifesto

◯ LDL-C > 1,8 mmol/l con la pre-terapia

OPPURE

Prevenzione primaria: pazienti adulti/e con ipercolesterolemia familiare eterozigote

◯ LDL-C > 2,6 mmol/l con la pre-terapia

Valore di LDL-C prima dell'inizio della terapia con LEQVIO® (con una o due statine con o senza ezetimibe) mmol/l

Data della misurazione:

◯ Diagnosi e prima prescrizione di LEQVIO® da parte di uno/a specialista (*angiologia, diabetologia/endocrinologia, cardiologia, nefrologia o neurologia*)

2. Pre-terapia

a. ◯ Dieta associata al trattamento

b. ◯ Trattamento per almeno 3 mesi con una statina ad alta efficacia (atorvastatina o rosuvastatina) al massimo dosaggio tollerato con o senza ezetimibe

OPPURE ◯ Trattamento per almeno 3 mesi con due statine (se non viene utilizzata una statina ad alta efficacia) al massimo dosaggio tollerato con o senza ezetimibe

OPPURE ◯ In caso di intolleranza comprovata alle statine#: trattamento per almeno 3 mesi con ezetimibe, con o senza altri ipolipemizzanti

Indicare le statine utilizzate:

Statina ad alta efficacia

	Dosaggio (massimo tollerato)
◯ atorvastatina	

OPPURE

	Dosaggio (massimo tollerato)
◯ rosuvastatina	

OPPURE

Principio attivo		**Dosaggio (massimo tollerato)**
Statina 1		
Statina 2		

Prova dell'intolleranza alle statine#
◯ Mialgia
◯ Aumento della CK a ≥ 5 × ULN
◯ Grave epatopatia

L'intolleranza alle statine è considerata comprovata se i tentativi di terapia con diverse statine hanno causato mialgie o si è verificato un aumento della creatinina chinasi (CK) pari ad almeno cinque volte il limite superiore di normalità, oppure in caso di grave epatopatia causata da statina.

3. Controllo di efficacia 5–6 mesi dopo l'inizio del trattamento con LEQVIO®

Il trattamento può essere continuato solo se, con un controllo effettuato fra 1 e 3 mesi dalla seconda iniezione, il colesterolo LDL è stato ridotto di almeno il 40% rispetto al valore iniziale sotto la terapia ipolipemizzante intensificata al massimo o se è stato raggiunto un valore di colesterolo LDL < 1,4 mmol/l.

Data di inizio del trattamento con LEQVIO®:

Valore di LDL-C durante la terapia con LEQVIO®: mmol/l

Data della misurazione:

◯ Riduzione dell'LDL-C rispetto al valore iniziale ≥ 40%

E/O

◯ Valore di LDL-C < 1,4 mmol/l

I/le pazienti che hanno precedentemente ricevuto un trattamento con un inibitore di PCSK9 devono ottenere una riduzione di almeno il 40% rispetto al valore iniziale sotto la terapia ipolipemizzante intensificata al massimo precedente il trattamento con l'inibitore di PCSK9 o un valore di colesterolo LDL < 1,4 mmol/l.

RIMBORSO DI LEQVIO® (inclisiran)

Dati del/la paziente

Cognome: Nome: Data di nascita:

Via: Altre informazioni sull'indirizzo :

NPA: Località:

Assicuratore malattie

Cognome: Numero di assicurato:

Altre informazioni sull'indirizzo del medico di fiducia: E-mail:

c/o Medico di fiducia

Indirizzo dell'assicuratore: NPA: Località:

Medico richiedente

La diagnosi, la prescrizione iniziale e i controlli periodici devono essere eseguiti da uno/a specialista in angiologia, diabetologia/endocrinologia, cardiologia, nefrologia o neurologia.

Medico con specializzazione FMH: Nome dello studio/ospedale:

Cognome: Nome: Titolo:

Via: Altre informazioni sull'indirizzo:

NPA: Località:

Telefono: E-mail:

Data: Firma:

Rimborso di LEQVIO® / medforms.50.10.90.5010 / it / V110

▼ Questo medicamento è soggetto a monitoraggio addizionale. Per ulteriori informazioni faccia riferimento all'informazione professionale/all'informazione destinata ai pazienti di Leqvio disponibile sul sito www.swissmedicinfo-pro.ch.

Categoria di dispensazione: 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, tel. 041 763 71 11, www.novartispharma.ch

FA-11588734 / 02.2026