

KONZILIJ ZA ODOBRITEV ZDRAVLJENJE Z ZAVIRALCEM PCSK9

Endokrinološka ambulanta ali

Kardiološka ambulanta

UKC Maribor

Ambulantni center

Ljubljanska ulica 5

2000 Maribor

Ime in priimek ter datum rojstva bolnika _____

(lahko nalepka)

Datum: _____

(datum izpolnjenega formularja)

Družinska anamneza: _____

(relevantni podatki: diagnosticirana srčno-žilna bolezen ali dislipidemija pri sorodniku v 1. kolenu pred 50. letom moški oz 55. letom starosti ženske)

Osebna anamneza:
 Znana srčno-žilna bolezen _____

(npr. stanje po PCI, stanje po srčnem infarktu, stanje po možganski kapi, PAB)

Ali bolezen napreduje?

 ne

 da

(npr. vnovični dogodek na sekundarni preventivi, slikovne preiskave kažejo na napredovanje ateroskleroze)

 Sladkorna bolezen

 Arterijska hipertenzija

 Kajenje

 Druge bolezni _____

Klinični pregled

Teža _____

kg

Višina _____

cm

ITM _____

 kg/m²
 Ksantelazme

 Ksantomi

 Posebnosti v kardiovaskularnem sistemu _____

(npr. netipni pulzi na nogah, šum nad karotidama)

Bolnik pozna vrsto terapije in se z njo strinja ter je motiviran za zdravljenje?
 da

 ne

Bolnik nima kontraindikacij za zdravljenje z zaviralcem PCSK9
 da

Zadnji laboratorijski izvidi

(lahko priložite izpis – domnevamo, da je izvid ob »sedanji terapiji« oziroma brez terapije, če gre za »neprenašanje terapije«; v nasprotnem primeru ustrezno zabeležite stanje)

Holesterol _____ mmol/L

LDL _____ mmol/L

HDL _____ mmol/L

TG _____ mmol/L

Kreatinin _____ mmol/L ali oGFR _____ ml/min

AST _____ mckat/L (referenčna vrednost do _____)

ALT _____ mckat/L (referenčna vrednost do _____)

CK _____ mckat/L (referenčna vrednost do _____)

TSH _____

kdaj približno so bile preiskave opravljene? _____

je ob tem prejemal »sedanjo« terapijo? _____

Najvišje zabeležene vrednosti kadar koli

(po vašem najboljšem poznavanju bolnikove problematike, lahko priložite izpis)

Holesterol _____ mmol/L (kdaj? _____)

LDL _____ mmol/L (kdaj? _____)

Trigliceridi _____ mmol/L (kdaj? _____)

Vrednosti so bile določene dne/leta _____

 brez terapije

 na naslednji lipolitični terapiji

Sedanja terapija (lahko priložite izpis)

Statin _____

Ezetimib _____

Fibrat _____

Ostalo _____

Neprenašanje terapije:

Statin 1 _____ odmerek _____ od kdaj do kdaj ga je jemal _____ zakaj ne prenaša? _____

Statin 2 _____ odmerek _____ od kdaj do kdaj ga je jemal _____ zakaj ne prenaša? _____

Ezetimib _____ odmerek _____ od kdaj do kdaj ga je jemal _____ zakaj ne prenaša? _____

Fibrat _____ odmerek _____ od kdaj do kdaj ga je jemal _____ zakaj ne prenaša? _____

Ocenjena stopnja adherence (označite s križcem na VA lestvici; od 0 – zdravil ne jemlje; 100 – po moji oceni je polno adherenten)

0-----25-----50-----75-----100

Zdravilo zaviralec PCSK9 se lahko predpiše sledečim bolnikom:

1. V sekundarni preventivi kot dodatek optimalnemu zdravljenju s kombinacijo statina (v največjih možnih odmerkih, ki jih posameznik še prenaša) in ezetimiba:
 - a) pri bolnikih brez dodatnih stanj*, ki povečujejo srčno-žilno ogroženost, če je koncentracija plazemskega h-LDL > 3,6 mmol/l;
 - b) pri bolnikih z dodatnimi stanji*, ki povečujejo srčno-žilno ogroženost, če je koncentracija plazemskega h-LDL > 2,6 mmol/l;
 - c) koncentracija Lp(a) > 1000 mg/l (> 150 nmol/l) in dokumentirano napredovanje ateroskleroze, tudi ob koncentraciji plazemskega h-LDL v ciljnem območju;
2. V primarni preventivi kot dodatek optimalnemu zdravljenju s kombinacijo statina (v največjih možnih odmerkih, ki jih posameznik še prenaša) in ezetimiba:
 - a) pri bolnikih z zelo verjetno heterozigotno družinsko hiperholesterolemijo brez dodatnih stanj**, ki povečujejo srčno-žilno ogroženost, če je koncentracija plazemskega h-LDL > 4,5 mmol/l;
 - b) pri bolnikih z zelo verjetno heterozigotno družinsko hiperholesterolemijo in dodatnimi stanji**, ki povečujejo srčno-žilno ogroženost, če je koncentracija plazemskega h-LDL > 3,6 mmol/l;
 - c) pri bolnikih s homozigotno družinsko hiperholesterolemijo, kjer se priporoča uporaba evolokumaba.
3. Ob ne prenašanju statinov: pred uporabo/predpisom zdravila dokumentirano zdravljenje z vsaj dvema statinoma, ob katerem je prišlo do neželenih učinkov.

Za predpis zdravila morajo biti izpolnjeni pogoji za uvedbo in bolnik vpisan in voden v nacionalnem elektronskem registru.

*dodatna stanja, ki povečujejo posameznikovo srčno-žilno ogroženost v okvirih sekundarne preventive so naslednja: (1) huda/razširjena večžilna aterosklerotična bolezen, (2) hitro napredovanje aterosklerotične žilne bolezni (ponoven akutni koronarni sindrom, potreba po nenačrtovani ponovni revaskularizaciji, ponovna ishemična možganska kap), (3) družinska hiperholesterolemija, (4) sladkorna bolezen z okvaro tarčnih organov ali z dodatnimi dejavniki tveganja, in (5) koncentracija Lp(a) > 500 mg/L.

**dodatna stanja, ki povečujejo posameznikovo srčno-žilno ogroženost v okvirih primarne preventive so naslednja: (1) bolniki z DH, ki ni bila zdravljena > 40 let, (2) sladkorna bolezen z okvaro tarčnih organov in/ali dodatnimi dejavniki tveganja, (3) kajenje, (4) arterijska hipertenzija, (5) koncentracija Lp(a) > 500 mg/L, (6) prezgodnja potrjena koronarna bolezen pri sorodnikih v prvem kolenu (pred 55. letom starosti za moške oz. pred 65. letom starosti za ženske)."

Obkrožite vodeči kriterij!

Za predpis zdravila morajo biti izpolnjeni pogoji za uvedbo in bolnik vpisan in voden v enotnem nacionalnem elektronskem registru.

Problematika bo obravnavana na prvem možnem konziliju po prejemu vprašanja. Odgovor bomo ustrezno administrativno sprocesirali in ga lahko pričakujete v 14 dneh.

Bolnik bo dobival: evolokumab (repatha) alirokumab (praluent)

NAPOTNICA

Napotnica je evidenčna (za beleženje števila storitev v elektronskem sistemu UKC Maribor; napotnica za pregled ne bo vnovčena, če pacient ne bo obravnavan) in naj vsebuje naslednje podatke:

Diagnoza:	E78.x	Motnje v metabolizmu lipoproteinov in druge lipidemije
Stopnja nujnosti:	2	Hitro
Vrsta spec.		Specialist
VZS	1055P	endokrinolog pregled-prvi
	1018P	kardiolog pregled-prvi

Na napotnici in/ali na kuverti naj bo zavedeno: »Za lipidni konzilij«.

Zdravnik (ime, priimek): _____

Kontakt (naslov, kamor sporočimo mnenje konzilija razen bolniku) _____

Podpis zdravnika (s podpisom jamčite, da so podatki natančni v okviru vašega najboljšega poznavanja konkretnega pacienta) _____