

Formulaire de demande de remboursement de la spécialité OLBETAM (§ 284 du chapitre IV de l' AR du 21 décembre 2001)

Three horizontal number lines are provided for recording data. Each line has 11 vertical tick marks, creating 10 equal intervals. The lines are empty, with no numbers or labels.

Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions figurant au § 284 pour obtenir un remboursement en catégorie B de la spécialité OLBETAM

☐ ^(1.) Traitement en monothérapie d'une hypercholestérolémie primaire :

D'une part,

☐ (1.1.) le calcul du risque cardiovasculaire absolu individuel chez le patient donne actuellement (ou a, ou aurait donné, à une date déterminée(*)) un résultat égal ou supérieur à 5 % à 10 ans, ce risque étant calculé sur base du modèle SCORE adapté à la situation belge (Rev Med Liege 2005 ; 60 : 3 : 163-172) en tenant compte de l'âge, du sexe, du taux de cholestérol sérique, de la pression artérielle systolique et du tabagisme.

(*) dans le cas où la prise d'un traitement avec un médicament hypolipémiant a actuellement entraîné une amélioration de son profil de risque.

Soit, il présente une hypercholestérolémie primaire (cholestérol sérique ≥ 175 mg/dl, ou LDL-cholestérol ≥ 100 mg/dl, mesuré à jeun, à au moins deux reprises avec 1 à 8 semaines d'intervalle, en état stable, sous régime approprié) et, simultanément, se trouve dans une des deux situations à risque suivante :

- ☐ (2.1.) Antécédent d'au moins une atteinte artérielle (documentée par un examen technique complémentaire dans le dossier médical tenu pour ce patient):
 - ☐ (2.1.1.) soit coronaire : infarctus, angor objectivé, syndrome coronarien aigu, pontage aorto-coronaire, angioplastie coronaire ;
 - ☐ (2.1.2.) soit cérébrale : accident vasculaire cérébral thrombotique, accident ischémique transitoire documenté
 - ☐ (2.1.3.) soit périphérique : claudication intermittente documentée
- ☐ (2.2.) Diabète type 2 si le patient est âgé de plus de 40 ans ;
Diabète type 1 si présence de microalbuminurie

D'autre part, il présente une intolérance ou une contre-indication aux statines et/ou aux fibrates.

- ☐ (2.1.) Traitement en bi-thérapie dans laquelle l'acopimox est ajouté à un traitement préalable avec une statine:

En effet, le patient a déjà reçu le remboursement d'une statine en catégorie B conformément aux conditions du paragraphe relatif à cette statine. Malgré un traitement d'au moins 3 mois avec cette statine, utilisée en monothérapie à dose maximale tolérée remboursable, le taux de cholestérol total reste supérieur à 190 mg/dl ou le cholestérol LDL supérieur à 115 mg/dl. Je dispose d'un avis préalable d'un médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, ou en pédiatrie (si le patient est âgé de moins de 18 ans), qui confirme la nécessité de cette bi-thérapie.

- ^(2.2.) Traitement en bi-thérapie dans laquelle l'acipimox est ajouté à un traitement préalable avec un fibrate:

En effet, le patient a déjà reçu le remboursement en catégorie B d'un traitement en monothérapie avec un fibrate pour une hypercholestérolémie primaire. Malgré un traitement d'au moins 3 mois avec ce fibrate, utilisé en monothérapie à dose maximale tolérée remboursable, le taux de triglycérides du patient reste supérieur à 190 mg/dl. (respectivement 175 mg/dl et 100 mg/dl en cas d'antécédent d'au moins une atteinte artérielle ou de diabète – cfr. Points ^(2.1) et ^(2.2))). Je dispose d'un avis préalable d'un médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, ou en pédiatrie (si le patient est âgé de moins de 18 ans), qui confirme la nécessité de cette bi-thérapie.

b) Conditions relatives à la prescription de la spécialité OLBETAM chez ce patient

Je m'engage à tenir compte, lors de la prescription de la spécialité OLBETAM chez ce patient, d'une posologie maximale remboursable limitée à la dose maximale journalière définie dans la notice officielle, et à vérifier l'impact du traitement par la réalisation annuelle d'un profil lipidique qui sera notifié dans son dossier médical.

Je m'engage également à tenir compte du non remboursement de l'acipimox simultanément avec celui d'un autre hypolipémiant (statine, fibrate, ou résine), sauf dans les situations visées aux points a) 3.1. et a) 3.2. du § 284 du chapitre IV de l' AR du 21 décembre 2001.

Je tiens à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve confirmant les éléments attestés ci-dessus.

III - Identification du médecin traitant (nom, prénom, adresse, n° INAMI)

(nom)

(prénom)

1 - - - (n° INAMI)

/ / (date)



(cachet)

..... (signature du médecin)