Formulaire de demande de remboursement de la spécialité CRESTOR 5 mg (§ 2780202 du chapitre IV de l'AR du 21 décembre 2001)
I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, n° d'affiliation)
II - Eléments à attester par le médecin traitant
Je soussigné, docteur en médecine, certifie que le patient mentionné ci-dessus remplit les conditions figurant au § 2780202 pour obtenir un remboursement de la spécialité CRESTOR 5 mg.
a) Conditions relatives à la situation du patient :
En effet, il s'agit d'un patient chez lequel la spécialité CRESTOR 5mg doit être utilisée comme dose initiale car il présente des facteurs prédisposants de myopathie/rhabdomyolyse:
 Insuffisance rénale Hypothyroïdie Antécédents personnels ou familiaux de maladies musculaires génétiques Antécédents personnels d'atteintes musculaires avec un autre inhibiteur de l' HMG-CoA réductase ou un fibrate, Consommation excessive d'alcool Age > 70 ans Situations favorisant une élévation des taux plasmatiques Usage simultané de fibrates Autres (à expliciter):
Le remboursement de maximum 1 conditionnement de 28 x 5 mg est demandé :
□ En effet, le patient présente une hypercholestérolémie primaire (définie par la présence d'un cholestérol sérique total ≥ 190 mg/dl, ou d'un LDL-cholestérol ≥115 mg/dl, mesurés à jeun, à au moins deux reprises avec 1 à 8 semaines d'intervalle, en état stable, sous régime approprié) et se trouve en même temps dans la situation à risque suivante:
(1.1.) le calcul du risque cardiovasculaire absolu individuel chez le patient donne actuellement (ou a, ou aurait donné (*)) un résultat égal au 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.
□ En effet, le patient présente une hypercholestérolémie primaire (définie par la présence d'un cholestérol sérique total ≥ 175 mg/dl, ou d'un LDL-cholestérol ≥100 mg/dl, mesurés à jeun, à au moins deux reprises avec 1 à 8 semaines d'intervalle, en état stable, sous régime approprié) et se trouve en même temps dans au moins une des deux situations suivantes:
Soit un antécédent d'au moins une atteinte artérielle (documentée par un examen technique complémentaire tenu dans le dossier médical du patient concerné).
(2.1.1.) soit coronaire : infarctus, angor objecivté, syndrome coronarien aigu, pontage aorto-coronaire, angioplastie coronairee.
(2.1.2.) soit cérébrale : accident vasculaire cérébral thrombotique, accident ischémique transitoire documenté.
□ (2.1.3.) soit périphérique : claudation intermittente documentée.
□ (2.2.) Soit diabète type 2 si le patient est âgé de plus de 40 ans
□ (2.3.) Soit diabète type 1 si présence de microalbuminurie
h) Conditions relatives à la proserintien de la chégialité CRESTOR E ma chez en nationt :

b) Conditions relatives à la prescription de la spécialité CRESTOR 5 mg chez ce patient :

ANNEXE A : modèle du formulaire de demande

Je m'engage à tenir compte, lors de la prescription de la spécialité CRESTOR chez ce patient, d'une posologie maximale remboursable de 5 mg par jour, pendant une période de remboursement de maximum 4 semaines.

Je m'engage également à tenir compte du non remboursement de la spécialité CRESTOR 5 mg simultanément avec celui d'un autre hypolipémiant (statine, fibrate, résine, ou dérivé de l'acide nicotinique).

III - Identification du médecin traitant (r	nom, prénom, adresse, n	'INAMI)		
	(nom)			
	(prénom)	ı		
1 - - - -	(n° INAMI)			
/(date)				
	(cachet)		(signature médecin)	du

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