

## ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

## EVOLOCUMAB

**NB:** Uitsluitend de **laatste versie** van de (artsen) verklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op <http://www.znformulieren.nl>

VERSIE: 5.0  
INGANGSDATUM: 01-11-2024  
NUMMER: 106

### A VERZEKERDEGEGEVENS

vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekerdenummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

**B** IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVEND SPECIALIST  
doorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C', toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig.

Ondergetekende, cardioloog of internist of kinderarts 'metabole ziekten', verklaart evolocumab te hebben voorgeschreven aan deze verzekerde:		kolom 1*	kolom 2*
1	met hypercholesterolemie die bij behandeling met maximaal verdraagbare orale lipidenverlagende therapie van een statine en ezetimib niet de LDL-C streefwaarde bereikt conform de vigerende cardiovasculair risico management (CVRM)-richtlijn	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 2 <input type="checkbox"/> NEE	<b>XO</b>
2	en met een voldoende hoog risico door: <ul style="list-style-type: none"> <li>Een heterozygote familiale hypercholesterolemie óf</li> <li>een zeer hoog cardiovasculair risico vanwege vastgestelde hart-en-vaatziekten zoals gedefinieerd in de vigerende CVRM-richtlijn óf</li> <li>een homozygote familiale hypercholesterolemie (niet LDL-receptor negatief)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE	<b>XO</b>
3	in combinatie met: <ul style="list-style-type: none"> <li>met zowel een statine als ezetimib in een maximaal verdraagbare dosering* óf</li> <li>met enkel ezetimib in een maximaal verdraagbare dosering* indien er sprake is van gedocumenteerde statine-intolerantie: statinegeassocieerde spierpijn voor ten minste drie verschillende statines vastgesteld volgens het stroomschema en de criteria beschreven door EAS/ESC consensus (European Heart Journal 2015; 36: 1012-1022).</li> </ul>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 4	<b>36</b>
4	In combinatie met: <ul style="list-style-type: none"> <li>met enkel statine indien er sprake is van een contra-indicatie of gedocumenteerde intolerantie voor ezetimib, óf</li> <li>als monotherapie indien zowel ezetimib als statines niet ingezet kunnen worden vanwege een contra-indicatie of intolerantie. Bij statine-intolerantie gaat het om statine-geassocieerde spierpijn voor ten minste drie verschillende statines vastgesteld volgens het stroomschema en de criteria beschreven door EAS/ESC consensus (European Heart Journal 2015; 36: 1012-1022)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<b>36</b> <b>XO</b>

\* Er is sprake van een ezetimib intolerantie (maximaal verdraagbare dosering is 0 mg) indien na minstens 4 weken onoverkomelijke bijwerkingen van ezetimib blijven bestaan.

**C** HANDTEKENING ARTS  
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze artsverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

**D** IN TE VULLEN DOOR APOTHEEK-  
HOUDENDE

De apothekhoudende verklaart dat het voorgeschreven geneesmiddel o.b.v. deze artsverklaring en de bijbehorende apothekinstructie is:

- a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar  
 b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar  
 c) NIET afgeleverd

AGB-code apothekhoudende:

datum:

handtekening apothekhoudende::



- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nummer 106** van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
- Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier **niet** aan. Een verklarende lijst voor de vergoedingscodes in kolom 1 en 2 kunt u vinden op [www.znformulieren.nl](http://www.znformulieren.nl).

