

Ce formulaire de prise en charge des coûts a été développé en collaboration avec des cardiologues, des néphrologues et des médecins-conseils.
Merci d'envoyer vos questions et suggestions par courrier électronique (max.switzerland@viforpharma.com).

Indication :

Traitement de l'hyperkaliémie* chez les adultes

Limitation :

VELTASSA est remboursé par la caisse-maladie, après consultation préalable du médecin-conseil et garantie de prise en charge des coûts, pour les adultes non dialysés présentant une insuffisance rénale chronique (le début du traitement doit être au stade III ou IV de l'insuffisance rénale ; taux de filtration glomérulaire inférieur à 60ml/min/1.73m²), ayant développé, au cours d'un traitement avec un inhibiteur du système rénine-angiotensine-aldostérone, une hyperkaliémie chronique récurrente et constatée par des mesures répétées, et auxquels des échangeurs de cations doivent être administrés car les mesures non médicamenteuses (régime alimentaire) ainsi que les mesures médicamenteuses déjà employées (p. ex. diurétiques hypokaliémisants) n'ont pas été suffisantes pour normaliser le taux de potassium (<5.5 mmol/l). La première prescription de VELTASSA doit être établie uniquement par un cardiologue ou un néphrologue.

Données personnelles du patient/de la patiente :

Nom : Prénom : Date de naissance : N° assuré :

Données médicales : (destinées exclusivement au médecin-conseil)

Des valeurs de potassium de l'ordre de mmol/L ont été constatées à plusieurs reprises sur une période de (p. ex. 2 semaines).

Le patient/la patiente a été diagnostiqué(e) IRC stade III ou IV. Le patient/la patiente n'est pas sous dialyse. Oui Non

Le patient/la patiente est sous traitement par un inhibiteur du système rénine-angiotensine-aldostérone. Oui Non

Des mesures médicamenteuses (p. ex. diurétiques hypokaliémisants) et non médicamenteuses ont été employées mais n'ont pas permis d'améliorer la situation. Oui Non

Remarques, compléments : (facultatif, p. ex. si les conditions ci-dessus ne sont pas toutes remplies)**
Annexes : (facultatif)

Oui Non

Médecin traitant :

Tampon/signature :

(ou prière de remplir vos données personnelles) Pour une réutilisation future, vous pouvez enregistrer le formulaire rempli avec vos données personnelles à l'aide du bouton en bas à droite.

Nom : Prénom :
NPA : Localité :
E-Mail :

Date :

* Généralement défini comme un taux de potassium >5 mmol/L (voir p. ex. Rosano GMC, et al. Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother 2018;4(3):180-188).

** Si tous les critères indiqués dans la limitation ne sont pas remplis, la caisse-maladie décide, après consultation du médecin-conseil, si Veltassa peut être remboursé conformément à l'article 71a-d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMa).

