

Fyzikální vyšetření	Klinické známky dyslipidemie: arcus lipoides corneae, xantelesmata očních víček, šlachové či palmární xantomy, vzácněji „oranžové tonzily“ u hypoalbuminémie Známky následků dyslipidemie (šelesty nad periferními tepnami – karotické a femorální tepny, šelesty nad aortální chlopní *)	
Vyloučení sekundární dyslipidemie	Pouze zvýšený LDL-C	Vyloučit hypofunkci štítné žlázy, nefrotický syndrom
	Pouze zvýšené triglyceridy	Vyloučit nadměrný příjem alkoholu, dekompenzovaný DM
	Smíšená dyslipidemie (zvýšený LDL-C i triglyceridy často s nižším HDL cholesterolem)	Příčinou může být DM2 i zdánlivě dobře kompenzovaný, obezita, většinou centrální, renální insuficience či nadměrný příjem jednoduchých cukrů
Laboratorní vyšetření	Při hodnocení efektu hypolipidemické terapie je primárně posuzován pokles koncentrace LDL-C. Využit lze také apolipoprotein B jako stabilní součást aterogenních lipoproteinů. U osob s hypertriglyceridemií se doporučuje věnovat pozornost hodnotě non-HDL-C (rozdíl mezi celkovým a HDL cholesterolem). Stále více pozornosti je také věnováno lipoproteinu(a), dle doporučení evropských odborných společností by měl být měřen alespoň jednou za život. Hodnota Lp(a) > 200 nmol/l je spojena s vyšším KV rizikem, pacienti s Lp(a) > 430 nmol/l mají celoživotní riziko ASKVO ekvivalentní riziku u heterozygotní familiární hypercholesterolemie (FH). V současnosti je analyzován i možný rizikový vliv remnantního cholesterolu (získá se odečtením hodnot LDL a HDL cholesterolu od celkového cholesterolu).	
Odhad kardiovaskulárního rizika	Odhad individuálního KV rizika je založen na zhodnocení neovlivnitelných (věk, pohlaví, rodinná anamnéza) i ovlivnitelných RF (kouření, dyslipidemie, hypertenze, DM, CKD). K odhadu rizika ASKVO jsou určeny tabulky SCORE2 a SCORE2-OP (Older Persons), nezohledňují však přítomnost aditivních RF (DM, CKD, koncentraci lipoproteinu(a) a další). Tyto RF je proto třeba zohlednit zvlášť.	
Zobrazovací metody	Zobrazovací metody umožňují detekci preklinické aterosklerózy, nejčastěji duplexním ultrazvukem karotických a femorálních arterií. U osob nad 55 let je doporučováno stanovení kalciového skóre koronárních tepen (CAC) pomocí počítačové tomografie (CT), v indikovaných případech se provádí i CT angiografie. Jsou-li výsledky uvedených vyšetření příznivé, je možno v individuálních případech zvážit i deeskalaci hypolipidemické terapie, a to především u starších asymptomatických osob. Osoby s nulovou hodnotou CAC mají ve výhledu 5–10 let minimální riziko ASKVO.	
Zátěžové testy (včetně kombinace se zobrazovacími metodami)	U pacientů se závažnou dyslipidemií je v některých případech vhodné zvážit i vyšetření EKG při zátěži k vyloučení koronárního postižení, případně perfuzní scintigrafii myokardu k detekci ischemických ložisek v myokardu schopné do určité míry zachytit i postižení mikrocirkulace.	
Souhrn	K odhadu rizika vzniku KV příhody ve výhledu 10 let je doporučeno používat tabulky SCORE2 a SCORE2-OP. Tabulky však nezohledňují přítomnost aditivních RF (DM, CKD apod.). Také nezohledňují dobu expozice jednotlivým RF. Proto jsou hodnoceny odděleně včetně detekce subklinické aterosklerózy.	

* U těžkých vrozených dyslipidemií (např. FH zejména v homozygotní formě) a u výrazně vyšších hodnot lipoproteinu(a) může dojít k rozvoji stenózy aortální chlopně.

Cílové hodnoty aterogenních lipidů	
Nízké riziko (osoby v primární prevenci ASKVO bez dalších RF s rizikem dle tabulek SCORE2 < 1 %)	LDL-C: < 3,0 mmol/l
	Non-HDL-C: < 3,8 mmol/l
	Apolipoprotein B: < 1,2 g/l
	Lipoprotein(a): < 200 nmol/l*
	Remnantní cholesterol: < 0,8 mmol/l**
Triglyceridy: < 1,7 mmol/l	
Střední riziko (osoby v primární prevenci ASKVO s rizikem dle tabulek SCORE2 ≥ 1 % a < 5 %, diabetici 1. typu < 35 let či diabetici 2. typu < 50 let věku s trváním DM do 10 let bez dalších RF)	LDL-C: < 2,6 mmol/l
	Non-HDL-C: < 3,4 mmol/l
	Apolipoprotein B: < 1,0 g/l
	Lipoprotein(a): < 200 nmol/l*
	Remnantní cholesterol: < 0,8 mmol/l**
Triglyceridy: < 1,7 mmol/l	
Vysoké riziko (diabetici 1. i 2. typu bez orgánového poškození s délkou diabetu alespoň 10 let nebo s jinými přidruženými RF, pacienti s FH bez dalších RF, hypertonici s TK ≥ 180/110 mm Hg, osoby s CKD 3. stupně s GF 0,5–1,0 ml/s, pacienti s Lp(a) > 430 nmol/l a osoby s rizikem dle tabulek SCORE2 ≥ 5 a < 10 %)	LDL-C: < 1,8 mmol/l a současně snížení o ≥ 50 % z výchozí hodnoty LDL-C
	Non-HDL-C: < 2,6 mmol/l
	Apolipoprotein B: < 0,8 g/l
	Lipoprotein(a): < 200 nmol/l *
	Remnantní cholesterol: < 0,8 mmol/l < **
Triglyceridy: < 1,7 mmol/l	