

**Demande de prise en charge des produits diététiques
à base d'a.a. synthétiques libres**

Matricule du patient	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom et prénom	<input type="text"/>			
Nom du médecin prescripteur	<input type="text"/>			
Code médecin	<input type="text"/>	DOCUMENT SOUS SECRET MÉDICAL		

Diagnostic d'allergie aux protéines de lait de vache avec :

- 1. Clinique :
 - Allergie prouvée aux hydrolysats poussés (à préciser):
 - Syndrome des allergies alimentaires multiples (à préciser):
 - Retard de croissance staturo-pondérale associé (à préciser):
 - Dermatite atopique extrêmement sévère (score AD > 75/103):
 - Autres (à préciser):

- 2. Tests cutanés ou sanguins ayant permis de poser le diagnostic d'allergie aux protéines de lait de vache ou éventuellement d'allergie aux hydrolysats
 - Prick-tests (résultats en mm):
 - Patch-tests (Atopy – résultats en +):
 - Ig E spécifiques (kU/l):

3. Date prévue de la réintroduction du lait de vache:

Diagnostic du syndrome du grêle court:

Je soussignée certifie que l'enfant mentionné ci-dessus remplit les conditions nécessaires pour obtenir la prise en charge de la spécialité:

.....

La présente est à renvoyer au **Service Autorisations médicaments, dispositifs médicaux, orthopédie et transport** du Département Médicaments, dispositifs médicaux et médecine préventive de la CNS,
Fax: (+352) 40 78 50 – 4, rue Mercier – L-2980 Luxembourg – pharma.cns@secu.lu

Cachet, signature et date	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------