

**Demande de prise en charge initiale par l'assurance maladie  
d'un médicament inhibiteur de la cholinestérase ou à base de  
mémantine prescrit dans le traitement de la maladie d'Alzheimer**

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

**Confirmation du diagnostic de démence de type Alzheimer selon les critères du DSM IV :**

**A. Apparition de déficits cognitifs multiples**, comme en témoignent à la fois:

- une altération de la mémoire ;  oui  non
- une ou plusieurs des perturbations cognitives suivantes:  
aphasie, apraxie, agnosie, perturbation des fonctions exécutives  oui  non

**B. Altération significative du fonctionnement social ou professionnel et déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur** (suite aux déficits cognitifs)  oui  non

**C. Évolution caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu**  oui  non

**D. Exclusion d'autres causes possibles de déficits cognitifs:**

- autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (par ex. maladie cérébro-vasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale);  oui  non
- affections générales pouvant entraîner une démence (par ex. hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH);  oui  non
- induction ou aggravation par une substance médicamenteuse notamment par:
  - les atropiniques (anticholinergiques) utilisés dans le traitement de l'incontinence urinaire, des spasmes bronchiques et viscéraux;
  - les antiparkinsoniens à action anticholinergique;
  - les antidépresseurs imipramiques.  oui  non

**E. Exclusion de déficits cognitifs, qui surviennent de façon exclusive au cours de l'évolution d'un delirium**  oui  non

**F. Exclusion d'autres troubles de l'axe I pouvant mieux expliquer les déficits cognitifs** (par exemple. trouble dépressif majeur, schizophrénie)  oui  non

Résultats d'imagerie morphologique récente (CT-scan ou IRM cérébrale):

oui  non

.....  
.....  
.....  
.....

**Le diagnostic est celui d'une démence de type Alzheimer**

oui  non

Le score MMSE est de ..... / 30

- Formes légères à modérées (score MMSE entre 26 et 10) correspondant à l'AMM des médicaments inhibiteurs de la cholinestérase
- Formes modérées à sévères (score MMSE entre 20 et 3) correspondant à l'AMM des médicaments à base de mémantine

oui  non

oui  non

**Traitement concomitant actuel:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Nom du / des médicaments envisagés:**

.....  
.....

Je déclare avoir pris connaissance de la notice scientifique se rapportant au médicament prescrit et notamment:

- des indications officielles de l'AMM;
- de la posologie et des paliers posologiques;
- des conditions d'utilisation et des précautions particulières.

**Je demande que le patient mentionné ci-dessus puisse bénéficier de la prise en charge par l'assurance maladie du / des médicaments pour une période de traitement de 12 mois.**

La présente est à renvoyer au **Service Médicaments et Dispositifs Médicaux** du Département Fournitures et Médecine Préventive de la CNS, Fax: (+352) 40 78 50 – 125, route d'Esch – L-2980 Luxembourg

Cachet, signature et date

.....  
.....  
.....