

**Demande de renouvellement de la prise en charge 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		

Remboursement initial accordé le (date): .....

Score MMSE avant début du traitement: ..... / 30

Le patient est actuellement traité par (nom du/des médicaments):

..... à une dose de: ..... mg/jour

..... à une dose de: ..... mg/jour

Le score MMSE effectué le (date): ..... 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

Traitement concomitant actuel: .....

.....

.....

Le traitement est justifié pour une nouvelle période d'une année dans les indications de l'AMM  oui  non

Nom du/des médicaments: .....

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