

**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 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

.....