CNS
d'Gesondheetskeess

Demande initiale de prise en charge de l'antipsychotique atypique SERDOLECT

Matricule du patient	__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
Nom et prénom	
Nom du médecin prescripteur	
Code médecin	__ __ __ __ __ __ __ __ DOCUMENT SOUS SECRET MÉDICAL

Je soussigné(e), médecin spécialiste en **psychiatrie ou neuropsychiatrie** certifie que le patient susmentionné :

– souffre d'une schizophrénie et présente une intolérance documentée à au moins un autre médicament antipsychotique ;

Nom du médicament : . . . . . .

– ne présente aucune des contre-indications reprises à la notice scientifique officielle.

Je certifie avoir pris connaissance des contre-indications et des précautions particulières en cas de co-prescriptions, ainsi que du plan de gestion du risque qui implique une surveillance électrocardiographique régulière.

Je m'engage à transmettre ces informations au(x) médecin(s) traitant(s).

Je certifie que les conditions de l'article 105 des statuts sont remplies.

> **Art. 105.** La prise en charge des médicaments est soumise à la condition que ceux-ci soient prescrits, délivrés et administrés en conformité avec le résumé des caractéristiques du produit tel que celui-ci a été approuvé lors de l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché.

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	