

Demande initiale de prise en charge de TARGAXAN

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		

Je soussigné(e), docteur en médecine, ayant l'expérience de la prise en charge des patients atteints d'**encéphalopathie hépatique**, certifie que l'indication est posée pour un traitement par TARGAXAN de l'assuré(e) ci-dessus nommé(e), conformément au résumé des caractéristiques officiellement approuvé :

« TARGAXAN est indiqué pour réduire les rechutes d'épisodes d'encéphalopathie hépatique manifeste chez les patients âgés de ≥ 18 ans. »

Je tiens à disposition du médecin-conseil du CMSS les pièces médicales objectivant la pathologie déclarée.

Je certifie que les conditions de l'article 105 des statuts de la CNS 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.

Note au prescripteur :

Sur base du présent document, la CNS donne l'accord initial. L'accord pour une prolongation de la prise en charge est donné sur base d'une simple ordonnance médicale établie par un médecin ayant l'expérience de la prise en charge des patients atteints d'encéphalopathie hépatique.

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"/>
---------------------------	----------------------