

**Demande de prolongation de prise en charge par l'assurance maladie de médicaments du type stimulants du système nerveux central dans le cadre du traitement du trouble déficit de l'attention/hyperactivité**

|                             |           |     |       |                              |
|-----------------------------|-----------|-----|-------|------------------------------|
| Matricule du patient        | _ _ _ _   | _ _ | _ _ _ | _ _ _ _ _                    |
| Nom et prénom               |           |     |       |                              |
| Nom du médecin prescripteur |           |     |       |                              |
| Code médecin                | _ _ _ _ _ |     |       | DOCUMENT SOUS SECRET MÉDICAL |

**Critères du suivi thérapeutique :**

À côté du traitement médicamenteux d'autres projets thérapeutiques ont-ils été mis en place?  oui  non  
Si oui, lesquels:

.....

.....

.....

|                                       |                                  |                                    |                                   |
|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Évolution du fonctionnement cognitif: | <input type="checkbox"/> dégradé | <input type="checkbox"/> stabilisé | <input type="checkbox"/> amélioré |
| Évolution de l'intégration scolaire:  | <input type="checkbox"/> dégradé | <input type="checkbox"/> stabilisé | <input type="checkbox"/> amélioré |
| Évolution du fonctionnement social:   | <input type="checkbox"/> dégradé | <input type="checkbox"/> stabilisé | <input type="checkbox"/> amélioré |
| Évolution staturo-pondérale:          | Normale                          | <input type="checkbox"/> oui       | <input type="checkbox"/> non      |

Poids (kg): ..... Taille (cm): .....

Effets indésirables liés au traitement médicamenteux:

- insomnie;  oui  non
- diminution de l'appétit;  oui  non
- autres: .....

|                    |                             |
|--------------------|-----------------------------|
| Nom du médicament: | Dose quotidienne prescrite: |
|                    |                             |

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 |  |
|---------------------------|--|