

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

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), 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 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	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------