

Demande de prise en charge des hydrolysats poussés de protéines

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

Diagnostic d'allergie aux protéines de lait de vache justifié par :

1. Clinique :
- Dermatite atopique
 - Réaction immédiate (urticaire, angio-oedème, asthme, choc anaphylactique, ... – à préciser):
.....
 - Troubles digestifs (à préciser):
 - Retards de croissance:
 - Autres (à préciser):

2. Tests sanguins ou cutanés :
- Prick-tests (résultats en mm):
 - Patch-tests (Atopy – résultats en +):
 - Ig E spécifiques (kU/l):

3. Efficacité du régime d'éviction de 1 mois minimum:

Je soussignée certifie que l'enfant mentionné ci-dessus remplit les conditions nécessaires pour obtenir la prise en charge de la spécialité:

.....

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-1010 Luxembourg

Cachet, signature et date	
---------------------------	--