

Demande de prise en charge du médicament NILEMDO

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		

Demande initiale (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 12 mois)

Je soussigné(e), médecin responsable du traitement, certifie que pour le patient nommé ci-dessus l'indication d'un traitement par NILEMDO est posée: (prière de cocher le traitement prévu)

Dans le cadre d'une Hypercholestérolémie ou dyslipidémie mixte, NILEMDO est indiqué chez l'adulte présentant une hypercholestérolémie primaire (hétérozygote familiale et non familiale) ou une dyslipidémie mixte, en complément d'un régime alimentaire :

- en association avec une statine ou une statine avec d'autres traitements hypolipidémiants chez les patients ne pouvant pas atteindre les objectifs de LDL-C sous statine à dose maximale tolérée,
- en monothérapie ou en association avec d'autres traitements hypolipidémiants chez les patients qui sont intolérants aux statines ou chez qui les statines sont contre-indiquées.

Ces indications sont celles reprises dans le résumé des caractéristiques officiellement approuvé qui précise qu'actuellement: « L'effet de NILEMDO sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaires n'a pas encore été déterminé. »

Demande de prolongation (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 12 mois)

Je soussigné(e), médecin responsable du traitement, certifie que la poursuite du traitement est médicalement justifiée pendant une nouvelle période de 12 mois.

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