

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-1010 Luxembourg

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