

**Demande de prise en charge des
hydrolysats poussés de protéines**

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

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