CNS
d'Gesondheetskeess

Demande de prise en charge initiale de BOTOX

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

Je soussigné(e), docteur en médecine, **spécialiste en neurologie** certifie que l'indication est posée pour un traitement par BOTOX du patient ci-dessus nommé, conformément au résumé des caractéristiques officiellement approuvé (prière de cocher la case correspondante):

- ☐ Spasticité focale associée à la déformation dynamique du pied en équin chez les enfants ambulants (2 ans et plus) présentant une spasticité due à une infirmité motrice cérébrale.
- ☐ Spasticité focale du poignet et de la main chez l'adulte après un AVC.
- ☐ Spasticité focale de la cheville chez l'adulte après un AVC.
- ☐ Blépharospasme
- ☐ Hémispasme facial et dystonies focales associées.
- ☐ Dystonie cervicale (torticolis spasmodique).

Je m'engage personnellement à veiller à ce que toute solution prescrite à un patient donné mais non utilisée en totalité pour ce même patient donné soit détruite et éliminée de sorte que le résidu éventuel de solution BOTOX ne puisse pas être réutilisé pour traiter un autre patient.

Conformément à la réglementation en vigueur, les flacons inutilisés seront remplis avec une petite quantité d'eau, puis autoclavés. Tous les flacons, seringues et le matériel utilisé(s) pour nettoyer les souillures seront autoclavés, ou la solution résiduelle de BOTOX sera inactivée avec une solution diluée d'hypochlorite de sodium (0,5 %) pendant 5 minutes.

Note aux prescripteurs:
La présente demande doit être accompagnée d'un rapport médical circonstancié dactylographié et accepté comme tel par le CMSS.

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	