

Demande de prolongation de la prise en charge de BOTOX

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		

Je soussigné(e), docteur en médecine, **spécialiste en neurologie**, demande la prolongation de la

prise en charge de BOTOX pour le patient ci-dessus nommé, pour une durée de: mois*.

*Durée maximale par demande = 12 mois

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. Ce rapport doit documenter la réponse thérapeutique, la périodicité des séances de traitement et les doses administrées à chaque séance.

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"/>
---------------------------	----------------------