



**Demande initiale (suite)**

Effets indésirables liés au traitement médicamenteux antérieur :

Insomnie

Diminution de l'appétit

Autres, veuillez les détailler: .....

**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 l'assuré(e) répond favorablement au traitement et que la poursuite du traitement est médicalement justifiée pendant une nouvelle période de 12 mois au moyen du médicament INTUNIV inclus dans le code ATC C02AC02 (guanfacine) :**

A côté du traitement médicamenteux, quels autres projets thérapeutiques sont mis en place :

Mesures correctives psychothérapeutiques     Mesures correctives éducatives     Mesures correctives sociales

Mesures correctives familiales

Autre(s), veuillez préciser: .....

Évolution du fonctionnement cognitif:     dégradé     stabilisé     amélioré

Évolution de l'intégration scolaire:     dégradé     stabilisé     amélioré

Évolution du fonctionnement social:     dégradé     stabilisé     amélioré

Évolution staturale-pondérale:    Normale     oui     non

Poids (kg): .....    Taille (cm): .....

Effets indésirables liés au traitement médicamenteux :

Insomnie

Diminution de l'appétit

Autres, veuillez les détailler: .....

En l'absence d'amélioration globale après 12 mois, la nécessité de la poursuite du traitement doit être reconsidérée.

La présente est à renvoyer au **Service Autorisations médicaments, dispositifs médicaux, orthopédie et transport**  
du Département Médicaments, dispositifs et médecine Préventive de la CNS,  
Fax : (+352) 40 78 50 – 4, rue Mercier – L-2980 Luxembourg – pharma.cns@secu.lu

Cachet, signature et date