

**Demande de prise en charge du médicament
ELVANSE ou INTUNIV**

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

Demande initiale (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 12 mois)

Je soussigné(e), docteur en médecine, ayant l'expérience de la prise en charge du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez des enfants et adolescents âgés de 6 à 17 ans inclus, certifie que l'assuré(e) nommé(e) ci-dessus remplit les critères statutaires de prise en charge du médicament :

- ELVANSE (lisdexamfétamine) – Lorsque réponse à un traitement antérieur inclus dans le code ATC N06BA04 (méthylphénidate) est jugée cliniquement insuffisante.
- INTUNIV (guanfacine) – Lorsque les médicaments psychostimulants inclus dans les codes ATC N06BA* ne sont pas adaptés, n'ont pas été tolérés ou ne sont pas efficaces.

- Veuillez indiquer le(s) traitement(s) inclus dans les codes ATC N06BA*, qui n'a (ont) pas permis de traiter l'assuré(e):
.....

- Veuillez indiquer la(les) raison(s) de l'arrêt du traitement antérieur inclus dans les codes ATC N06BA*:
.....

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 statur pondérale:	Normale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Poids (kg) :	Taille (cm) :	

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 :

- ELVANSE (lisdexamfétamine)
- INTUNIV (guanfacine)

À côté du traitement médicamenteux, d'autres projets thérapeutiques ont-ils été mis en place? Oui Non

Si oui, lesquels:

Évolution du fonctionnement cognitif: dégradé stabilisé amélioré

Évolution de l'intégration scolaire: dégradé stabilisé amélioré

Évolution du fonctionnement social: dégradé stabilisé amélioré

Évolution staturo-pondérale: Normale Oui Non

Poids (kg) : Taille (cm) :

Effets indésirables liés au traitement médicamenteux antérieur:

- 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 médicaux 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