

**Demande de prise en charge du médicament
MEDIKINET RETARD TDAH chez l'adulte**

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		

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

Je soussigné(e), docteur en médecine spécialiste en psychiatrie, ayant l'expérience de la prise en charge du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez l'adulte, certifie que l'assuré(e) nommé(e) ci-dessus remplit les critères statutaires de prise en charge du médicament :

- Diagnostic préalablement établi avant l'âge de 18 ans – poursuite du traitement en cas d'instauration dans l'enfance ou l'adolescence, et en complément des mesures correctives psychothérapeutiques, éducatives, sociales et familiales lorsque ces dernières s'avèrent insuffisantes seules.
- Diagnostic établi à l'âge adulte – initiation du traitement en deuxième intention, et en complément des mesures correctives psychothérapeutiques, éducatives, sociales et familiales lorsque ces dernières s'avèrent insuffisantes seules.
 - Le diagnostic est établi selon les critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* ou les recommandations de l'*International Classification Diseases (ICD)* et doit se fonder sur l'anamnèse et sur une évaluation complète du patient.
 - Le diagnostic comprend un entretien structuré avec le patient qui définit les symptômes qu'il présente. La préexistence de TDAH dans l'enfance a été à déterminée rétrospectivement par les dossiers des patients (dossiers médicaux, bulletins scolaires...) couplés à l'utilisation d'outils appropriés (par exemple *Wender Utah Rating Scale* (échelle WURS), questionnaires à destination de l'entourage).
 - Le diagnostic ne repose pas uniquement sur la présence d'un ou de plusieurs symptômes.
 - La décision de prescrire du méthylphénidate repose sur une évaluation approfondie et le diagnostic bien établi avec un impact fonctionnel modéré ou sévère sur au moins deux composantes (professionnelle et/ou universitaire, sociale y compris familiale) affectant plusieurs aspects de la vie du patient.
 - Avant l'initiation du traitement, une évaluation rigoureuse de l'état cardiovasculaire du patient a été réalisée par un cardiologue afin de vérifier notamment l'absence de contre-indications cardiovasculaires.

À 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:

Pendant le période de validité du titre, le médecin traitant de l'assuré(e) peut prescrire le traitement médicamenteux.

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

Je soussigné(e), docteur en médecine spécialiste en psychiatrie, ayant l'expérience de la prise en charge du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez l'adulte, certifie que l'assuré(e) nommé(e) ci-dessus répond favorablement au traitement et que la poursuite du traitement est médicalement justifiée pendant une nouvelle période de 12 mois au moyen du méthylphénidate.

À 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:

.....

Poids (kg):

Évolution du poids: Oui Non

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.

Pendant le période de validité du titre, le médecin traitant de l'assuré(e) peut prescrire le traitement médicamenteux.

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	
---------------------------	--