

**Demande de prolongation de prise en charge par l'assurance maladie
de médicaments du type stimulants du système nerveux central dans
le cadre du traitement du trouble déficit de l'attention/hyperactivité**

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

Critères du suivi thérapeutique :

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:

- insomnie; ☐ oui ☐ non
- diminution de l'appétit; ☐ oui ☐ non
- autres:

Nom du médicament:

Dose quotidienne prescrite:

.....

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