

**Demande de prise en charge des produits diététiques
à base d'a.a. synthétiques libres**

Matricule du patient

Nom et prénom

Nom du médecin prescripteur

Code médecin

DOCUMENT SOUS SECRET MÉDICAL

Diagnostic d'allergie aux protéines de lait de vache avec :

1. Clinique :

- ☐ Allergie prouvée aux hydrolysats poussés (à préciser) :
- ☐ Syndrome des allergies alimentaires multiples (à préciser) :
- ☐ Retard de croissance staturo-pondérale associé (à préciser) :
- ☐ Dermate atopique extrêmement sévère (score AD > 75/103) :
- ☐ Autres (à préciser) :

2. Tests cutanés ou sanguins ayant permis de poser le diagnostic d'allergie aux protéines de lait de vache ou éventuellement d'allergie aux hydrolysats

- ☐ Prick-tests (résultats en mm) :
- ☐ Patch-tests (Atopy – résultats en +) :
- ☐ Ig E spécifiques (kU/l) :

3. Date prévue de la réintroduction du lait de vache :

Diagnostic du syndrome du grêle court :

Je soussignée certifie que l'enfant mentionné ci-dessus remplit les conditions nécessaires pour obtenir la prise en charge de la spécialité :

.....

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