

Demande de prise en charge pour des compléments nutritionnels oraux (CNO) dans le cadre de personnes atteintes d'un cancer, qui sont soit en état de dénutrition, soit à risque de dénutrition

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 d'un mois)**

Je soussigné(e), docteur en médecine, responsable du traitement anti-cancéreux de l'assuré(e) ci-dessus nommé(e), certifie que cet(te) assuré(e) remplit les critères statutaires de prise en charge des compléments nutritionnels oraux (CNO) dans le cadre de personnes atteintes d'un cancer qui sont soit en état de dénutrition, soit à risque de dénutrition :

Les critères retenus pour définir la dénutrition sont les suivants :

- Pour les adultes de moins de 70 ans :
 - perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ;
 - ou indice de masse corporelle (IMC) $\leq 18,5$ (hors maigreur constitutionnelle).
- Pour les adultes de plus de 70 ans :
 - perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ;
 - ou IMC ≤ 21 ;
 - ou mini nutritional assessment (MNA) ≤ 17 (/30) ;
 - ou albuminémie < 35 g/l.

Les compléments nutritionnels oraux (CNO) sont prescrits en complément de l'alimentation et de façon transitoire.

La première prescription est effectuée pour un mois maximum.

☐ **Demande de prolongation (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 6 mois)**

Je soussigné(e), médecin responsable du traitement, certifie que la poursuite du traitement est médicalement justifiée pendant une nouvelle période de 6 mois.

Les renouvellements de prescription sont effectués par le médecin pour 6 mois maximum après une réévaluation comprenant :

- une analyse de l'évolution de la courbe de poids (pesée hebdomadaire) ;
- l'état nutritionnel ;
- l'évolution de la pathologie ;
- le niveau des apports spontanés par voie orale ;
- la tolérance de la CNO ;
- l'observance de la CNO.

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