

**Administration du contrôle médical
de la sécurité sociale**

Nom et adresse du médecin prescripteur (estampille)

Code médecin: _____

Matricule: _____

DOCUMENT SOUS SECRET MEDICAL

Nom Patient: _____

Demande de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments inhibiteurs de la cholinestérase prescrits dans le traitement de la maladie d'Alzheimer dans le cadre d'un traitement ambulatoire

Confirmation du diagnostic de démence de type Alzheimer selon les critères du DSM IV:

A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois:

- une altération de la mémoire
- une ou plusieurs des perturbations cognitives suivantes:
aphasie, apraxie, agnosie, perturbation des fonctions exécutives

oui non

oui non

B. Altération significative du fonctionnement social ou professionnel et déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur
(suite aux déficits cognitifs)

oui non

C. Evolution caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu

oui non

D. Exclusion d'autres causes possibles de déficits cognitifs:

- Exclusion d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (par ex. maladie cérébro-vasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale)

oui non

- Exclusion d'affections générales pouvant entraîner une démence (par ex. hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH)

oui non

- Exclusion d'affections induites par une substance

oui non

- Traitement concomitant.....
.....
.....

E. Exclusion de déficits cognitifs, qui surviennent de façon exclusive au cours de l'évolution d'un delirium

oui non

F. Exclusion d'autres troubles de l'axe I pouvant mieux expliquer les déficits cognitifs
(par exemple. trouble dépressif majeur, schizophrénie)

oui non

Continuer au verso svp—>

CT-scan - Résultats:

oui non

.....
.....
.....
.....

Le diagnostic est celui d'une démence de type Alzheimer

oui non

Restriction aux formes légères à modérées

Le score MMSE est de/30.

Le score MMSE se trouve entre 10 et 26 (formes légères à modérées)

oui non

Modalités d'utilisation des inhibiteurs de la cholinestérase

Je déclare avoir pris connaissance de la notice scientifique se rapportant au médicament administré et notamment:

- des paliers posologiques à respecter

oui non

NOM du médicament envisagé :

Je demande que le patient mentionné ci-dessus puisse bénéficier de la prise en charge de cet inhibiteur de la cholinestérase par l'assurance maladie pour une période de traitement de 6 mois

Date:

Signature du médecin prescripteur

.....

La présente est à renvoyer au Médecin-directeur du contrôle médical, B.P. 1342, L-1013 LUXEMBOURG