

**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 initiale 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.

I. Confirmation du diagnostic de déficit de l'attention/hyperactivité selon les critères du DSM IV^{*)}:

A. Présence soit de (1), soit de (2):

(1) six des symptômes suivants **d'inattention** (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant:

OUI NON

Inattention

(a) souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités

OUI NON

(b) a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux

OUI NON

(c) semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement

OUI NON

(d) souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)

OUI NON

(e) a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités

OUI NON

(f) souvent évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)

OUI NON

(g) perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p.ex., jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils)

OUI NON

(h) souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes

OUI NON

(i) a des oublis fréquents dans la vie quotidienne

OUI NON

(2) six des symptômes suivants **d'hyperactivité-impulsivité** (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant:

OUI NON

*) *Mini DSM-IV- Critères diagnostiques*, publication par Editions Masson, Paris.

Hyperactivité

- (a) remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège **OUI NON**
- (b) se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis **OUI NON**
- (c) souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice) **OUI NON**
- (d) a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir **OUI NON**
- (e) est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » **OUI NON**
- (f) parle souvent trop **OUI NON**

Impulsivité

- (g) laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée **OUI NON**
- (h) a souvent du mal à attendre son tour **OUI NON**
- (i) interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex., fait irruption dans les conversations ou dans les jeux) **OUI NON**

B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans. **OUI NON**

C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus de deux types d'environnement différents (p. ex.: à l'école - ou au travail - et à la maison). **OUI NON**

D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel. **OUI NON**

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p.ex., trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif ou trouble de la personnalité). **OUI NON**

F. Remarques éventuelles:

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

G. Conclusion:

Le diagnostic est celui d'un déficit de l'attention/hyperactivité. **OUI NON**

II. Critères de prescription (1-6) applicables en médecine infanto-juvénile.

Le médecin prescripteur s'engage à respecter les conditions de prescription suivantes:

1) Il s'agit d'un cas d'hyperactivité grave qui invalide l'enfant dans ses capacités d'apprentissage cognitif, relationnelles et d'adaptation sociale et/ou qui met en danger la cohésion du milieu dans lequel vit l'enfant avec risque d'entraîner des troubles du développement de la personnalité et des troubles psychopathologiques ultérieurs. **OUI NON**

2) Le traitement est prescrit à un enfant de plus de 6 ans. **OUI** **NON**
Si le critère 2 est non respecté, justification écrite:

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

3) La prescription est précédée par:
- un entretien d'exploration du milieu familial et deux séances d'évaluation du fonctionnement psychique **OUI** **NON**
- une exploration neurologique en cas de signes d'appel ou chez l'enfant de moins de 6 ans. **OUI** **NON**

Les investigations sont effectuées par le médecin ou par le spécialiste auquel il l'adresse.

4) Le traitement médicamenteux est intégré dans un projet thérapeutique global:
- thérapie familiale **OUI** **NON**
- psychothérapie individuelle **OUI** **NON**
- psychomotricité **OUI** **NON**
- rééducation pédagogique **OUI** **NON**
- aide scolaire **OUI** **NON**
- autres: **OUI** **NON**

5) L'enfant sera suivi de manière régulière. **OUI** **NON**
Une première évaluation aura lieu après 2 mois de traitement médicamenteux.

6) Le traitement sera arrêté, si après deux mois de prise du médicament avec un dosage suffisant, il n'y a pas d'amélioration de l'état de l'enfant. **OUI** **NON**

Je demande que le patient mentionné ci-dessus puisse bénéficier de la prise en charge de médicaments du type stimulants du système nerveux central par l'assurance maladie pour une période de traitement de 12 mois.

Nom du médicament envisagé:

Date:

SIGNATURE ET ESTAMPILLE DU MEDECIN

.....

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