

Nom et adresse du médecin prescripteur (estampille)

Code médecin:

Matricule:

DOCUMENT SOUS SECRET MEDICAL

Nom Patient:

**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**

Critères du suivi thérapeutique:

A côté du traitement médicamenteux d'autres projets thérapeutiques ont-ils été mis en place? Si oui, lesquels: oui non

Evolution du fonctionnement cognitif :

- dégradé
- stabilisé
- amélioré

Evolution de l'intégration scolaire :

- dégradé
- stabilisé
- amélioré

Evolution du fonctionnement social :

- dégradé
- stabilisé
- amélioré

Evolution statur pondérale :

normale oui non
poids taille

Effets indésirables liés au traitement médicamenteux

- insomnie oui non
- diminution de l'appétit oui non
- autres

Nom du médicament :

dose quotidienne prescrite:

.....
Date

.....
signature du médecin prescripteur