

Elvanse® (Lisdexamphétamin-Dimesylat)

Communication à l'assurance maladie concernant la délivrance du médicament Elvanse®

Limitatio: Enfants et adolescents: Uniquement pour le traitement de deuxième ligne du Trouble Déficitaire de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) c.-à-d. en cas d'intolérance, de contre-indication ou de non-réponse au méthylphénidate dans le cadre d'un programme de prise en charge thérapeutique globale. Lorsqu'un patient est traité depuis plus d'une année, la nécessité de continuer le traitement doit être reconsidérée par un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie ou pédiatrie expérimenté dans le traitement du TDAH.

Adultes: Uniquement pour le traitement de deuxième ligne du Trouble Déficitaire de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) c.-à-d. en cas d'intolérance, de contre-indication ou de non-réponse méthylphénidate dans le cadre d'un programme de prise en charge thérapeutique globale. Un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie ou pédiatrie expérimenté dans le traitement du TDAH doit poser le diagnostic et effectuer la prescription initiale. Le diagnostic doit se fonder sur les critères/directives donnés dans l'information professionnelle. Chez l'adulte, des symptômes correspondants doivent avoir existé dès l'enfance. Lorsqu'un patient est traité depuis plus d'une année, la nécessité de continuer le traitement doit être reconsidérée par un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie ou pédiatrie expérimenté dans le traitement du TDAH.

Données du patient / de la patiente:

Nom: Prénom: né(e) le:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance-maladie: Numéro d'assuré(e):

Adresse Assurance (Service du MC ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Prescription (dosage):

Raison du traitement avec Elvanse®

Intolérance, contre-indication ou non-réponse au méthylphénidate

En cas de traitement préalable au méthylphénidate. Cet a eu lieu de (Mois/Année) à

A la **stratégie thérapeutique globale**, le traitement comprend en **outre les mesures suivantes**:

Remarques/Compléments:

Médecin demandeur:

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Tél.: Fax: E-Mail:

Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital: Département:

Date: