

# Strattera® (Atomoxetine)

## Communiqué à l'assurance-maladie

**Limitatio:** Pour le traitement de deuxième ligne du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), lors d'une intolérance, contre-indication ou non-réponse au méthylphénidate, chez les enfants de 6 ans et plus et chez les adolescents dans le cadre d'un programme de prise en charge thérapeutique globale. Lorsque des patients ont été traités depuis plus d'une année, la nécessité du traitement doit être reconsidérée par un médecin expérimenté dans le traitement du TDAH.

**Information pour l'assurance maladie:** Le médecin prescripteur confirme par les informations ci-dessous que la prescription du Strattera (Atomoxetin) a été effectuée conformément à l'indication.

### Données personnelles:

Nom:  Prénom:  né(e) le:

Rue:  NPA:  Lieu:

Assurance:  N° d'assurance.:

Adresse assurance :  N° Fax:

### Information concernant la préparation: Strattera® a été délivré/prescrit selon le pharmacode suivant:

<input type="radio"/> 4146887, (10mg, 7 caps.)	<input type="radio"/> 4146901 (18mg, 7 caps.)	<input type="radio"/> 4146918 (18mg, 28 caps.)	<input type="radio"/> 4146924 (25mg, 7 caps.)	<input type="radio"/> 4146930 (25mg, 28 caps.)	<input type="radio"/> 4146953 (40mg, 28 caps.)	<input type="radio"/> 4146982 (60mg, 28 caps.)
---	--	---	--	---	---	---

### I. Indication (prescription respectant la limitation):

- Non-réponse au méthylphénidate / intolérance  Effets secondaires  
 Hypersensibilité au méthylphénidate

Traitement avec méthylphénidate (mois/Année) de  à

### contre-indications au méthylphénidate:

- Dépression sévère  Anxiété  Tension psychique  Agitation prononcée  Syndrome de la Tourette

d'autre, à savoir:

### II. Description du programme de prise en charge thérapeutique globale:

La prise en charge thérapeutique globale contient des mesures:  Psychologiques  Pédagogiques  Sociales

**Breve description des mesures:**

### III. Début du traitement avec Strattera® (mois/année)

### IV. Médecin traitant:

Nom:  Prénom:

Rue:  Complément d'adresse:

NPA:  Lieu:  Tél.:

Fax:  E-Mail:

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

Date: .....

Timbre/signature:.....