

Limitatio, voir liste des spécialités sous [Liste des spécialités](#)

Limitatio (extrait): Après demande de prise en charge préalable auprès de la caisse-maladie, suite à la consultation préalable du médecin-conseil, pour le traitement de la maladie de Parkinson à un stade avancé et répondant à la lévodopa.

Données du patient / de la patiente:

Nom:		Prénom:		né(e) le:	
Sexe:	☐ ♀ ☐ ♂	Rue:		Complément d'adresse:	
NPA:		Lieu:			
Assurance:			No de l'assuré(e):		
Adresse Assurance (Service du MC ou MC):			Complément d'adresse:		
NPA:		Lieu:			

Données médicales:

- ☐ Le patient souffre d'une maladie de Parkinson avancée réagissant à la lévodopa, avec des fluctuations motrices sévères et des dyskinésies (critères 5-2-1), malgré l'ajustement de la combinaison disponible de médicaments antiparkinsoniens.
- ☐ Une thérapie avec LECIGON Gel Intestinal, incluant un programme d'aide aux patients/patientes, est demandée.

Informations concernant le traitement antérieur insuffisamment efficace:

Le patient/la patiente est-il/elle éligible pour une stimulation cérébrale profonde (SCP)?

- ☐ Oui ☐ Non
- Si non: ☐ inapproprié ☐ refusé ☐ inefficace

Compléments/remarques:

Médecin demandeur

Nom:		Prénom:	
Rue:		NPA:	
Tél.		Lieu:	
Fax:		e-mail:	
Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:		Département:	
Date:			