

**Limitatio:** Après accord sur la prise en charge des frais par l'assureur-maladie suivant la consultation préalable du médecin-conseil, pour prolonger la durée du sommeil et/ou réduire le temps d'endormissement chez les enfants et les adolescents âgés de 2 à 18 ans présentant un **trouble du spectre de l'autisme (TSA)** et/ou un **syndrome de Smith-Magenis (SSM)** avec des troubles du sommeil (**insomnie**), lorsque les mesures d'hygiène du sommeil ont été insuffisantes. Pas en combinaison avec d'autres médicaments qui favorisent le sommeil.

La demande de garantie de prise en charge des frais doit comporter un diagnostic documenté de TSA ou de SSM ainsi qu'un protocole de mesures d'hygiène du sommeil appliqué pendant 14 jours et documenté comme ayant eu un succès insuffisant.

La documentation du diagnostic de TSA comprend soit au moins les informations suivantes:

- Le nom du centre spécialisé ou du médecin spécialiste qui a posé le diagnostic.
- Le type d'échelle d'observation diagnostique validée utilisée lors de l'évaluation (ADI, ADOS ou autres échelles médicalement appropriées) ainsi que le résultat numérique sur l'échelle.
- La nature des caractéristiques autistiques qui ont émergé de l'évaluation.

ou une attestation de l'assurance-invalidité (chiffre 405).

La prescription doit être faite exclusivement par des médecins spécialistes en pédiatrie ou par des médecins spécialistes en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

L'assureur peut exiger une preuve du succès de la thérapie tous les 6 mois.

**Donné(e)s de la patiente/du patient**

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:

**Données médicales:**

- La patiente/le patient souffre d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et/ou d'un syndrome de Smith-Magenis (SSM) avec des troubles du sommeil (insomnie).
- Les mesures d'hygiène du sommeil ont été cosignées pendant au moins 14 jours.

Le diagnostic de TSA a été posé par le centre spécialisé suivant ou par la spécialiste/le spécialiste suivant(e):

Nom/adresse/NPA, Lieu:

Lors de l'évaluation, l'échelle d'observation validée suivant a été utilisé:

ADOS, résultat:  Autre échelle, résultat:

Type de caractéristiques autistiques mises en évidence par l'évaluation (principales catégories):

- Problème de communication, de langage et d'interaction sociale
- Comportements et intérêts répétitifs, stéréotypés et restreints
- Hypersensibilités sensorielles

La patiente / le patient présente la forme d'insomnie suivante:

- Troubles de l'endormissement  Troubles du maintien du sommeil  Longues périodes d'éveil
- Réveil très précoce  Altération marquée pendant la journée

Une demande a-t-elle été déposée auprès de l'AI?

- Oui  Non  La demande est en cours auprès de l'AI, il s'agit d'une prestation provisoire à la charge de l'assurance-maladie

Remarques/Compléments:

**Médecin formulant la demande**

Je suis spécialiste en pédiatrie

Je suis spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent

Nom:

Prénom:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

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

Département:

Date: