***Aan de adviserende arts***

***Aan de huisarts***

Datum: ………………………

Betreft: ………………………..

Geachte collega,

Ik zag …. op mijn consultatie voor opvolging van de behandeling van Attention Deficit Hyperactivity Disorder van het gecombineerde type (314.01).

… neemt Rilatine aan een dosis van 2 keer 10 mg per dag. Hij verdraagt de medicatie goed zonder noemenswaardige nevenwerkingen. Er blijft een duidelijk positief effect van de medicatie op de controle van de ADHD-kenmerken. De leerkracht signaleert echter dat de ochtenddosis te snel uitgewerkt is en dat … een dip vertoont tussen de twee dosissen.

…. weegt …. kg (pc …) voor een lengte van …. cm (pc …..). De bloeddruk was … / …. en de pols …../min en regelmatig.

Verder zetten van de medicamenteuze behandeling is nodig. Omwille van de gesignaleerde problemen stel ik een omschakeling voor naar **één capsule Rilatine MR 20 mg ’s morgens**. Einde januari wordt het effect van de omschakeling geëvalueerd met de leerkracht en de ouders.

…. wordt goed opgevolgd op school. Hij heeft een ADHD-attestering en krijgt de gepaste Sticordi-maatregelen en ondersteuning bij aandacht en werktempo.

Voor verdere opvolging verwijs ik … door naar de huisarts: een driemaandelijkse controle van nevenwerkingen, meten van pols, bloeddruk, lengte en gewicht is noodzakelijk.

Omdat … hiermee aan de criteria voor tegemoetkoming beantwoordt, vraag ik een attestwijziging aan naar goedkeuring van vergoeding van **Rilatine MR** aan.

Met vriendelijke groet,

Dr. ……..

Kinder- en jeugdpsychiater / kinderneuroloog