

IMITREX™ S.C.

Ondergetekende,
 Dokter in de geneeskunde, verklaart dat de gezondheidstoestand van hieronder vermelde patiënt een behandeling met IMITREX™ S.C. vereist

P A T I Ë N T

Naam :

Voornaam :

Kleef hier het etiket van de verzekerde

BEHANDELING VAN MIGRAINE

- Instelling van de behandeling voor een periode van 6 maanden (max. 7 verpakkingen) voor :**
 Diagnose van migraine gesteld op basis van de I.H.S. criteria, en het vertonen van ernstige en invaliderende crisissen die onvoldoende beheerst worden door andere behandelingsmethoden van de crisis gebruikt in de adequate dosis.
Attest invullen (z.o.z.)
- Verlenging van de behandeling voor een periode van 12 maanden (max. 14 verpakkingen)**
 De behandeling met Imitrex™ S.C., waarvan de terugbetaling reeds aangevraagd werd, is doeltreffend bij deze patiënt.
Gemotiveerd verslag invullen (z.o.z.)
- Verlenging van de behandeling voor een periode van maximum 12 maanden (max. 14 verpakkingen)**
 In geval van een onvoldoende therapeutische respons of als 7 verpakkingen per 6 maanden niet volstaan.
Gemotiveerd verslag bijvoegen van de geneesheerspecialist in de neurologie of de neuropsychiatrie dat de noodzaak van de verderzetting van de behandeling bevestigt

Datum : Handtekening:

S T I M P E L

Ondergetekende,

Dokter in de geneeskunde, verklaart dat de gezondheidstoestand van mijn patiënt,

.....
 een behandeling met de specialiteit IMITREX™ S.C. vereist:

Instelling van de behandeling (6 maanden) – Attest

■ **diagnose gesteld op basis van de I.H.S. criteria**

M I G R A I N E Z O N D E R A U R A :

- minstens 5 hoofdpijnaanvallen
- verlopend over een tijdsperiode van 4 à 72 uren
- met ten minste 2 van de onderstaande kenmerken:
 - unilateraal
 - matige tot ernstige intensiteit
 - kloppend
 - geaccentueerd door fysische activiteit
- gepaard gaande met minstens één van de onderstaande symptomen:
 - misselijkheid en/of braken
 - fotofobie en fonofobie
- klinisch onderzoek suggereert geen secundaire oorzaak

M I G R A I N E M E T A U R A :

- minstens 2 aanvallen die beantwoorden aan ten minste 3 van de volgende kenmerken:
 - het optreden van minstens 1 reversibel aura symptoom, wijzend op focale cerebrale dysfunctie
 - minstens 1 aura symptoom dat zich gradueel ontwikkelt over meer dan 4 minuten, of 2 of meer symptomen die elkaar opvolgen
 - de maximale duur van een aura symptoom is 60 minuten
 - de hoofdpijn treedt ten laatste op binnen het uur volgend op de aura
- klinisch onderzoek suggereert geen secundaire oorzaak

■ **met ernstige en invaliderende crisissen die onvoldoende beheerst worden door andere behandelingen van de crisis:**

Verlenging van de behandeling (12 maanden) – Gemotiveerd verslag

■ **De doeltreffendheid van de behandeling met IMITREX S.C. is hieronder aangetoond:**

Verlenging van de behandeling (12 maanden maximum) – Gemotiveerd verslag

■ **De therapeutische respons is onvoldoende of 7 verpakkingen per 6 maand volstaan niet, niettemin is een verlenging van de behandeling noodzakelijk omwille van de volgende redenen:**

Datum : Handtekening: