

IMITREX™ S.C.

Je soussigné(e),
Docteur en médecine, certifie que l'état de santé de mon patient
nécessite le recours à un traitement par IMITREX™ S.C.

PATIENT

Nom :

Prénom :

Collez ici la vignette de l'assuré

TRAITEMENT DE L'ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE (*Cluster Headache*)

- Instauration du traitement pour une durée d'un mois
(à concurrence de 7 conditionnements maximum) sur base de :**
Algie vasculaire de la face (cluster headache) diagnostiquée
par un médecin-spécialiste en neurologie ou neuropsychiatrie
sur base des critères I.H.S.

Compléter le rapport (voir verso)

- Renouvellement du traitement à concurrence de max.
7 conditionnements pour une période de max. 1 mois.**
Une période de minimum 6 mois s'est écoulée depuis la fin
du remboursement du traitement de la grappe (cluster)
algique précédente.

Compléter le rapport motivé (voir verso)

- Prolongation du traitement d'une grappe (cluster)
algique pour une durée excédant un mois.
(max. 7 conditionnements par mois*)**

Demande trimestrielle.

Compléter le rapport motivé (voir verso)

* Si le médecin spécialiste est convaincu que, pour certains patients,
il est indiqué et sans risque: maximum de 30 conditionnements
par mois.

Date : Signature :

CACHET

Je soussigné(e)
Docteur en médecine, certifie que l'état de santé de mon patient,

nécessite le recours à un traitement par IMITREX™ S.C. :

- Instauration du traitement (1 mois maximum) - Rapport
▪ diagnostiquée sur base des critères I.H.S.**

A. Au moins 5 crises répondant aux critères B-D

B. Douleur sévère ou très sévère, unilatérale, orbitaire, supra-orbitaire et/ou
temporale, durant de 15 à 180 minutes en l'absence de traitement

C. La crise est associée à au moins une des caractéristiques suivantes :

- | | |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| - injection conjonctivale et/ou
larmoiement ipsilatéral | - sudation du front et
de la face ipsilatérale |
| - congestion nasale et/ou
rhinorrhée ipsilatérale | - myosis et/ou ptosis ipsilatéral |
| - œdème de la paupière ipsilatérale | - agitation, impossibilité
de tenir en place |

D. Fréquence de 1 crise tous les deux jours à 8 crises par jour

E. Non attribuable à une autre affection

- Renouvellement du traitement (durée maximum 1 mois) -
Rapport motivé**

- **Je demande le renouvellement de l'autorisation de
remboursement pour une période de d'un mois maximum
comme une période de 6 mois s'est écoulée depuis la fin
du remboursement du traitement d'algie vasculaire précédent :**

.....
.....
.....

- Prolongation du traitement (durée excédant 1 mois) -
Rapport motivé**

- **Je demande le renouvellement de l'autorisation de
remboursement après au moins un mois sur base
d'une demande trimestrielle***

.....
.....
.....

* Pour un remboursement mensuel élargi (plus de 7 conditionnements
par mois avec un maximum de 30), veuillez joindre un rapport médical
détaillé.

Date : Signature :