

# Demande de remboursement Zolmitriptan Instant EG® 2,5 mg

Je soussigné, .....  
Docteur en médecine, certifie que l'état de santé de mon patient nécessite le recours au  
Zolmitriptan Instant EG®

## Patient

Nom et prénom: .....  
Adresse: .....  
Commune: ..... Code Postal: .....  
..... ou vignette de mutuelle

### Traitement de la migraine

Migraine diagnostiquée sur base des critères I.H.S. et présentant des crises sévères et invalidantes insuffisamment contrôlées par les autres traitements de la crise utilisés à la dose adéquate.

Instauration du traitement pour une durée de 6 mois à concurrence de 12 comprimés maximum :

Compléter le rapport (voir verso)

Prolongation du traitement pour une durée de 12 mois à concurrence de 24 comprimés maximum :

Le traitement par Zolmitriptan Instant EG® ayant déjà fait l'objet d'une demande de remboursement, est efficace chez ce patient

Compléter le rapport motivé (voir verso)

Prolongation du traitement pour une période de 12 mois maximum à concurrence chaque fois de 24 comprimés maximum :

Car réponse thérapeutique insuffisante

**OU**

Si 12 comprimés par 6 mois ne suffisent pas

Joindre le rapport motivé du médecin spécialiste en neurologie ou neuropsychiatrie confirmant la nécessité de la poursuite du traitement(voir verso)

Date, signature et cachet :

*Veuillez cocher toutes les cases nécessaires à la demande*

# MIGRAINE

Je soussigné(e), .....  
Docteur en médecine, atteste de la nécessité pour mon patient,

**D'être traité par la spécialité Zolmitriptan Instant EG® pour cause de :**

Installation du traitement (6 mois/12 comprimés maximum) – Rapport

Diagnostiquée sur base des critères I.H.S.

**Migraine sans aura :**

- Au moins 5 crises satisfaisant aux critères suivants :

➤ durée de la crise entre 4 et 72 heures

(sans traitement ou échec du traitement)

➤ céphalée ayant 2 au moins des caractères suivants :

I. unilatéral

II. pulsatile

III. intensité modérée à sévère

IV. aggravée par les activités physiques de routine (marche, montée des escaliers...) ou obligeant à les éviter

➤ céphalée accompagnée par un des symptômes suivants

I. nausées et/ou vomissements

II. photophobie et phonophobie

➤ l'examen clinique ne suggère pas de pathologie sous-jacente

**Migraine avec aura :**

- Au moins 2 crises céphalalgiques avec au moins 3 des caractéristiques suivantes :

➤ au moins 1 symptôme d'aura réversible suggérant une dysfonction cérébrale focale

➤ au moins 1 symptôme d'aura se développant graduellement pendant plus de 4 minutes ou au minimum 2 symptômes d'aura successifs

▪ aucun symptôme d'aura ne dure plus de 60 minutes

➤ la céphalée survient au plus tard dans les 60 minutes qui suivent la fin de l'aura

- L'examen clinique ne suggère pas de pathologie sous-jacente

Avec crises sévères et invalidantes insuffisamment contrôlées par les autres traitements de la crise : (indiquez les traitements suivis)

Prolongation du traitement (12 mois/24 comprimés maximum) – Rapport motivé

L'efficacité du traitement par Zolmitriptan Instant EG® est démontrée par les faits suivants :

Prolongation du traitement (12 mois maximum/24 comprimés maximum) – Rapport motivé du médecin spécialiste en neurologie ou neuropsychiatrie

La réponse thérapeutique est insuffisante ou 12 comprimés par 6 mois ne suffisent pas, néanmoins une prolongation du traitement s'avère nécessaire pour les raisons suivantes :

Date, signature et cachet :