

# AANVRAAG TOT TERUGBETALING VAN SUMATRIPTAN SANDOZ® 50 mg - 100 mg

Ondergetekende,

---

Dokter in de geneeskunde, verklaart dat de gezondheidstoestand van hieronder vermelde patiënt een behandeling met SUMATRIPTAN SANDOZ® vereist.

## Patiënt:

Naam:

---

Voornaam:

---

Vignet kleven

## Behandeling van migraine

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 behandelingen van de crisis gebruikt in de adequate dosis.

- Instelling van de behandeling voor een periode van 6 maanden naar rata van maximum 12 tabletten. **Verslag invullen (zie achterzijde)**
- Verlenging van de behandeling voor een periode van 12 maanden naar rata van maximum 24 tabletten:  
De behandeling met Sumatriptan Sandoz®, waarvan de terugbetaling reeds aangevraagd werd, is doeltreffend bij deze patiënt.  
**Gemotiveerd verslag invullen (zie achterzijde)**
- Verlenging van de behandeling voor een periode van 12 maanden naar rata van telkens maximum 24 tabletten:
  - wegens een onvoldoende therapeutische respons
  - of
  - indien 12 tabletten per 6 maanden niet volstaan.**Gemotiveerd verslag bijvoegen van de geneesheer-specialist in de neurologie of de neuropsychiatrie dat de noodzaak van de verderzetting van de behandeling bevestigt (zie achterzijde)**

Datum, stempel en handtekening:

# Migraine

Ondergetekende,

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

een behandeling met de specialiteit SUMATRIPTAN SANDOZ® vereist:

**Instelling van de behandeling (6 maanden/rata van maximum 12 tabletten) - verslag**

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

**MIGRAINE ZONDER AURA:** *minstens 5 hoofdpijnaanvallen,*

– verlopend over een tijdspanne van 4 à 72 uren (zonder behandeling of ondoeltreffende behandeling)

– met tenminste 2 van de onderstaande kenmerken:

· unilateraal

· matige tot ernstige intensiteit

· kloppend

· verergerd door gewone fysieke activiteit (wandelen, trappen op- of afgaan...) of dwingen deze te vermijden

– gepaard gaande met minstens één van de onderstaande symptomen:

· misselijkheid en/of braken

· fotofobie en fonofobie

*Klinisch onderzoek suggereert geen secundaire oorzaak.*

**MIGRAINE MET AURA:** *minstens 2 aanvallen die beantwoorden aan tenminste 3 van de volgende kenmerken:*

– het optreden van minstens 1 omkeerbaar aurasymptoom, wijzend op focale cerebrale dysfunctie

– minstens 1 aurasymptoom dat zich gradueel ontwikkelt over meer dan 4 minuten, of 2 of meer symptomen die elkaar opvolgen

– de maximale duur van een aurasymptoom 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 die gebruikt worden in adequate dosis:**

**Verlenging van de behandeling (12 maanden/rata van maximum 24 tabletten) - gemotiveerd verslag**

De doeltreffendheid van de behandeling met SUMATRIPTAN SANDOZ® is hieronder aangetoond:

**Verlenging van de behandeling (12 maanden/rata van telkens maximum 24 tabletten) - gemotiveerd verslag van de geneesheer-specialist in de neurologie of de neuropsychiatrie**

De therapeutische respons is onvoldoende of 12 tabletten per 6 maand volstaan niet, niettemin is een verlenging van de behandeling noodzakelijk omwille van de volgende redenen:

Datum, stempel en handtekening: