

# IMITREX™ S.C.

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

## PATIËNT

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 behandelingsmethodes 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).**  
Ingeval 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 (z.o.z.)*

Datum: ..... Handtekening:

STEMPEL

BEASTP/003/16 - Jan. 2016

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

een behandeling met IMITREX™ S.C. vereist:

- Instelling van de behandeling (6 maanden) – Attest**  
▪ **diagnose gesteld op basis van de I.H.S. criteria**
- MIGRAINE ZONDER AURA:
- A. Ten minste 5 aanvallen die voldoen aan criteria B-D.
- B. Duur hoofdpijnaanval 4-72 uur (onbehandeld, of niet succesvol behandeld)
- C. Hoofdpijn voldoet aan ten minste 2 van de onderstaande kenmerken:
- unilateraal
  - matige tot ernstige intensiteit
  - kloppend
  - geaccentueerd door fysieke activiteit
- D. Gedurende de hoofdpijn minstens één van de onderstaande symptomen:
- misselijkheid en/of braken
  - fotofobie en fonofobie
- E. Niet veroorzaakt door een andere aandoening
- MIGRAINE MET AURA:
- A. Minstens 2 aanvallen die voldoen aan criteria B-D
- B. Aura bevat ten minste één van de onderstaande symptomen, maar zonder spierzwakte:
- volledig reversibele visuele symptomen, met positieve en/of negatieve verschijnselen
  - volledig reversibele sensorische symptomen, met positieve en/of negatieve verschijnselen
  - volledig reversibele dysfatische spraakstoornis
- C. Ten minste 2 van de onderstaande kenmerken:
- dubbelzijdige visuele symptomen en/of enkelzijdige sensorische symptomen
  - ten minste 1 aurasymptoom ontwikkelt zich geleidelijk over  $\geq 5$  minuten en/of verschillende aurasymptomen volgen elkaar op in  $\geq 5$  minuten
  - elk aurasymptoom duurt  $\geq 5$  minuten en  $\leq 60$  minuten
- D. Hoofdpijn voldoet aan de criteria B-D van migraine zonder aura en begint tijdens de aura, of volgt op de aura binnen 60 minuten
- E. Niet veroorzaakt door een andere aandoening
- **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:

BEASTP/003/16 - Jan. 2016