

# Aanvraag tot terugbetaling Zolmitriptan Instant EG® 2,5 mg

Ondergetekende, .....  
Dokter in de geneeskunde, verklaart dat de gezondheidstoestand van hieronder vermelde patiënt een  
behandeling Zolmitriptan Instant EG® vereist

## Patiënt

Naam en voornaam: .....

Adres: .....

Gemeente: ..... Postcode: .....

..... of vignet

## 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 keerzijde)

Verlenging van de behandeling voor een periode van 12 maanden naar rata van maximum  
24 tabletten:

De behandeling met Zolmitriptan Instant EG®, waarvan de terugbetaling reeds aangevraagd werd,  
is doeltreffend bij deze patiënt

Gemotiveerd verslag invullen (zie keerzijde)

Verlenging van de behandeling voor een periode van telkens 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 geneesheerspecialist in de neurologie of de neuropsychiatrie  
dat de noodzaak van de verderzetting van de behandeling bevestigt(zie keerzijde)

Datum, stempel en handtekening :

*Gelieve alle vereiste vakjes aan te vinken*

# MIGRAINE

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

## **Een behandeling met de specialiteit Zolmitriptan Instant EG® vereist:**

### Instelling van de behandeling (6 maanden/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:
  - I. unilateraal
  - II. matige tot ernstige intensiteit
  - III. kloppend
  - IV. verergerd door gewone fysieke activiteit (wandelen, trappen op- of afgaan...) of dwingen deze te vermijden
- gepaard gaande met minstens één van de onderstaande symptomen:
  - I. misselijkheid en/of braken
  - II. fotobie 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 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 behandelingen (12 maanden/maximum 24 tabletten) – Gemotiveerd verslag

De doeltreffendheid van de behandeling met Zolmitriptan Instant EG® hieronder aangetoond

### Verlenging van de behandeling (12 maanden maximum/telkens maximum 24 tabletten) – Gemotiveerd verslag van de geneesheerspecialist 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:

Handtekening, datum en stempel :