

## Aanvraag tot terugbetaling

**Sumatriptan Mylan**  50 mg  100 mg

**Zolmitriptan Odis Mylan**  2,5 mg  5 mg

Ondergetekende, .....

Dokter in de geneeskunde, verklaart dat de gezondheidstoestand van hieronder vermelde patiënt een behandeling

met  Sumatriptan Mylan vereist

Zolmitriptan Odis Mylan

Identificatie van de patiënt

Naam: .....

Voornaam: .....

(Kleef hier uw ziekenfondsvignet)

### **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 Sumatriptan Mylan/Zolmitriptan Odis Mylan, waarvan de terugbetaling reeds  
aangevraagd werd, is doeltreffend bij deze patiënt.

**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 te vinken

# Migraine

Ondergetekende, .....

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

.....  
een behandeling met de specialiteit  Sumatriptan Mylan vereist:  
 Zolmitriptan Odis Mylan

---

## 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 dwingt deze te vermijden.

- Gepaard gaande met minstens één van de onderstaande symptomen:

I. I. misselijkheid en/of braken,

II. 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 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 behandeling (12 maanden / maximum 24 tabletten) - Gemotiveerd verslag

De doeltreffendheid van de behandeling met  Sumatriptan Mylan is hieronder aangetoond:  
 Zolmitriptan Odis Mylan

.....  
.....

---

## Verlenging van de behandeling (12 maanden/ 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: