

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 CLUSTER HOOFDPIJN (*Cluster Headache*)

- Instelling van de behandeling voor een periode van 1 maand (max. 7 verpakkingen) op basis van:**
Diagnose van cluster headache gesteld door een geneesheer specialist in de neurologie of in de neuropsychiatrie op basis van de I.H.S. criteria
Attest invullen (z.o.z.)
- Hernieuwing van de behandeling a rato van max. 7 verpakkingen voor een periode van max. 1 maand.**
Een periode van minstens 6 maanden is verstreken sinds het einde van de vergoeding van voorgaande clusterbehandeling.
Gemotiveerd verslag invullen (z.o.z.)
- Verlenging van de behandeling van clusterhoofdpijn voor een periode langer dan 1 maand. (max. 7 verpakkingen per maand)**
Trimesteriële aanvraag.
Gemotiveerd verslag invullen (z.o.z.)

* Indien de arts-specialist het in specifieke gevallen aangewezen en veilig vindt: maximum 30 verpakkingen per maand.

Datum: Handtekening:

STEMPEL

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

een behandeling met IMITREX™ S.C. vereist:

- Instelling van de behandeling (1 maand maximum) – Attest**
▪ diagnose gesteld op basis van de I.H.S. criteria
- A. Ten minste 5 aanvallen die voldoen aan criteria B-D
- B. Hevige unilaterale orbitale, supra-orbitale en/of temporale pijn die onbehandeld 15 tot 180 minuten duurt
- C. De hoofdpijn wordt begeleid door ten minste één van de volgende kenmerken:
- | | |
|---|---|
| - ipsilaterale conjunctivale injectie en/of tranenvloed | - ipsilaterale zweetsecretie van voorhoofd en/of gelaat |
| - ipsilaterale neusverstopping en/of rhinorrhea | - ipsilaterale miosis en/of ptosis |
| - ipsilateraal ooglidooedeem | - een onrustig gevoel en bewegingsdrang |
- D. De aanvalsfrequentie varieert van 1 aanval per twee dagen tot 8 aanvallen per dag
- E. Niet veroorzaakt door een andere aandoening
- Hernieuwing van de behandeling (maximum 1 maand) – Gemotiveerd verslag**
- Ik vraag de hernieuwing van de vergoeding voor een periode van 1 maand maximum aangezien een periode van minstens 6 maanden verstreken is sinds het einde van de vergoeding van de voorgaande clusterbehandeling:
-
-
-
- Verlenging van de behandeling (meer dan 1 maand) – Gemotiveerd verslag**
- Ik vraag de hernieuwing van de vergoeding na ten minste een maand, op basis van een trimesteriële aanvraag:
-
-
-

* Voor een verhoogde terugbetaling per maand (meer dan 7 verpakkingen met een maximum van 30) is het toevoegen van een omstandig medisch verslag is verplicht.

Datum: Handtekening: