

Aimovig® (Erenumab)

Demande de prise en charge

Limitatio: voir [Liste des spécialités](#)

Données du patient / de la patiente:

Nom: Prénom: né(e) le:

Sexe: ♀ ♂ Rue: Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Assurance: N° de l'assuré(e):

Adresse Assurance (Service du MC ou MC): Complément d'adresse:

NPA: Lieu:

Données médicales (exclusivement dédiées au médecin-conseil):

Première prescription **Reprise plus de 6 mois après l'arrêt du traitement**

Le/la patient(e) souffre de migraine depuis ≥ 1 an

Il s'agit d'une migraine chronique *ou* épisodique présentant la forme suivante:

Migraine chronique (min. 15 jours de migraine par mois à raison de 4h min. de migraine par jour sans traitement)

Migraine épisodique (min. 8 jours de migraine par mois à raison de 4h min. de migraine par jour sans traitement) et l'un ou plusieurs des symptômes suivants:

aura douleur intense associée à de fortes nausées ou à des vomissements sévères

douleur intense associée à une photophobie ou à une phonophobie

La valeur de référence de min. 15 ou 8 jours de migraine par mois et la durée des migraines de 4 heures minimum par jour sans traitement doivent être documentés de manière exhaustive sur une période min. de 3 mois. Si souhaité, la documentation (journal de la migraine) peut être demandée.

Les prétraitements suivants (au moins 2) ont été effectués, mais ont été arrêtés en raison d'une réponse insuffisante ou d'effets secondaires cliniquement pertinents prouvés, ou n'ont pas pu être poursuivis - ou une contre-indication existe dans les trois classes de principes actifs. Veuillez cocher la réponse adéquate:

	Réponse insuffisante* (au moins 2)	Contre-indication (tous les 3)	Intolérance (au moins 2)
<input type="checkbox"/> Bêtabloquant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antagoniste du calcium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anticonvulsivant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Une réponse insuffisante est considérée comme prouvée lorsqu'après 3 mois de traitement par un agent prophylactique antimigraineux, aucune réduction d'au moins 50% du nombre de jours de migraine n'est obtenue par rapport au début du traitement.

Début du traitement planifié avec Aimovig:

Contrôle 6 mois après le début du traitement

Début du traitement: Examen neurologique:

Le nombre moyen de jours de migraine est: réduit de $\geq 50\%$: poursuite de la thérapie

réduit de $< 50\%$: arrêt du traitement

Le journal de la migraine est: joint disponible sur demande

Reprise du traitement dans les 6 mois suivant l'arrêt

Début du dernier traitement (MM/AAAA): jusqu'à (MM/AAAA):

Selon le journal de la migraine il y a dans la période du: jusqu'à (MM/AAAA):

nombre de jours de migraine. (Condition: au moins 8 jours de migraine sur 30 jours)

Le journal de la migraine est: joint disponible sur demande

Remarques, compléments:

Médecin demandeur

Nom:

Prénom:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Tél.:

E-Mail:

à l'hôpital, nom de l'hôpital:

Clinique ou département:

Date: