

## Dati personali del/della paziente:

Cognome:

Nome:

Data di nasc.:

Sesso:

☐ ♀ ☐ ♂

Indirizzo:

Recapito:

NPA:

Luogo:

## Assicurazione malattia::

Nr. assicurato:

Indirizzo assicurato (VAD o medico di fiducia):

Recapito:

NPA:

Luogo:

## Dati medici (esclusivamente per il medico di fiducia)

☐

Prima prescrizione

☐

recidiva dopo 6 mesi dall'interruzione della terapia

☐

Il/la paziente soffre di emicrania da ≥ 1 anno

Si tratta di emicrania episodica con la seguente forma:

☐

Emicrania episodica (almeno 8 giorni di emicrania al mese della durata di almeno 4 ore al giorno non trattata) e con uno o più dei sintomi seguenti:

☐

Aura

☐

dolore di forte intensità combinato a forte nausea/vomito

☐

dolore di forte intensità combinato a fotofobia o fonofobia

☐

Il basale di almeno 8 giorni di emicrania al mese della durata di almeno 4 ore al giorno, non trattata, deve essere documentato di continuo per un periodo di almeno 3 mesi. Se lo desidera è possibile richiedere la documentazione (diario dell'emicrania)

Le seguenti terapie precedenti (almeno 2) sono state somministrate ma interrotte in conseguenza di una risposta insufficiente o di effetti collaterali documentati clinicamente rilevanti ovvero non era possibile portare avanti le terapie - o- c'era una controindicazione per tutte le tre classi di principi attivi. Si prega di barrare la casella pertinente:

	Risposta insoddisfacente*	Controindicazione	Intolleranza
<input type="checkbox"/> Betabloccanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Amitriptilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anticonvulsivante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Calcio-antagonisti	<input type="checkbox"/>		

\* Una risposta insoddisfacente risulta comprovata qualora dopo un trattamento di tre mesi con un profilattico dell'emicrania non sia stato possibile ottenere una riduzione di almeno il 50% dei giorni di emicrania rispetto all'inizio della terapia. # Controindicazioni: ad eccezione dei calcio antagonisti.

Piano di inizio terapia con Vydura:

☐

Verifica del decorso dopo 6 mes

Inizio della terapia:

Esame neurologico:

Il numero medio dei giorni di emicrania è:

☐

Ridotto di almeno il 50%. Proseguimento del trattamento.

☐

Ridotto di meno del 50%. Sospensione del trattamento.

Il diario dell'emicrania:

☐

è allegato

☐

può venir richiesto

☐

recidiva entro 6 mesi dall'interruzione della terapia

Inizio dell'ultimo trattament (MM/AAAA):

per (MM/AAAA):

Selon le journal de la migraine il y a dans la période du:

per (MM/AAAA):

giorni di emicrania (condizione limitatio: almeno 8 giorni di emicrania in 30 giorni)

Il diario dell'emicrania:

☐

è allegato

☐

può venir richiesto

Osservazioni particolari:

**Medico richiedente:**

Cognome:

Nome:

Indirizzo:

Recapito:

NPA:

Luogo:

Tel.:

E-mail:

se in ospedale, nome dell' ospedale:

Clinica o reparto:

Data:

**Limitatio:** vedere [ES](#)