

Dati del/della paziente:

Nome: Cognome: Nato/a il:

Sesso: ☐ ♀ ☐ ♂ Via: Altre informazioni sull'indirizzo:

NPA: Località:

Assicurazione malattia: N. assicurato/a:

Indirizzo dell'assicurazione (Servizio del MF o MF): Indirizzo supplementare:

NPA: Località:

Dati medici (destinati esclusivamente al medico di fiducia):

☐ **Prima prescrizione** ☐ **Recidiva dopo 6 mesi dall'interruzione della terapia**

☐ Il paziente/la paziente soffre da ≥ 1 anno di emicrania

Si tratta di un'emicrania cronica *oppure* episodica, secondo le seguenti definizioni:

☐ Emicrania cronica (almeno 15 giorni di emicrania al mese, per almeno 4 ore al giorno) **oppure**
☐ Emicrania episodica (almeno 8 giorni di emicrania al mese, per almeno 4 ore al giorno) e uno o più dei sintomi seguenti:

☐ aura ☐ dolore di forte intensità, associato a forte nausea/vomito
☐ dolore di forte intensità, associato da fotofobia o fonofobia

☐ 15 rispettivamente 8 giorni di emicrania al mese e una durata dell'emicrania di almeno 4 ore al giorno senza terapia sono documentati senza interruzione per almeno 3 mesi. Se necessario, la documentazione (diario delle cefalee) può essere richiesta.

I seguenti trattamenti profilattici (almeno 2) sono stati effettuati, ma sono stati interrotti o non hanno potuto essere proseguiti a causa di una risposta insufficiente o di effetti collaterali clinicamente rilevanti e dimostrati, oppure esiste una controindicazione per tutte e quattro le categorie di principi attivi. Contrassegnare le caselle appropriate:

	Risposta insufficiente* (almeno 2)	Controindicazioni (tutte e 4)	Intolleranza (almeno 2)
☐ Beta-bloccante	☐	☐	☐
☐ Calcio-antagonista	☐	☐	☐
☐ Anticonvulsivante	☐	☐	☐
☐ Antidepressivo triciclico (amitriptilina)	☐	☐	☐

* una risposta insufficiente si considera dimostrata se dopo un trattamento di tre mesi non si è ottenuta una riduzione dei giorni di emicrania di almeno il 50% rispetto all'inizio della terapia.

Inizio della terapia con EMGALITY® pianificato:

☐ **Monitoraggio e controllo dopo 6 mesi**

Inizio della terapia: Esame neurologico:

Il numero medio dei giorni di emicrania è: ☐ Ridotto almeno del 50%. Proseguimento del trattamento
☐ Ridotto meno del 50%. Sospensione del trattamento.

Il diario delle cefalee: ☐ è allegato ☐ è disponibile su domanda

☐ **Ripresa/recidiva entro 6 mesi dall'interruzione della terapia**

Inizio della prima terapia (MM/AAAA): fino a (MM/AAAA):

Secondo il diario delle cefalee, si verificano nel periodo da (MM/AAAA): fino a (MM/AAAA):

giorni di emicrania. (Criteri della Limitazione: min. 8 giorni di emicrania su 30 giorni)

Il diario delle cefalee: ☐ è allegato ☐ è disponibile su domanda

Osservazioni:

--

Medico richiedente:

Nome:

Cognome:

Via:

Altre informazioni sull'indirizzo:

NPA:

Località:

Tel.:

E-Mail:

Per gli ospedali, nome dell'ospedale:

Reparto:

Data:

Limitatio (estratto): Limitazione con scadenza al 31.05.2027

Il trattamento richiede la garanzia di assunzione delle spese da parte della cassa malati previa consultazione del medico di fiducia. La garanzia di assunzione delle spese ottenuta copre una durata di 12 mesi.

Vedere anche l'elenco delle specialità per le limitazioni complete ([ES](#))