

# DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE SUMATRIPTAN SANDOZ® 50 mg - 100 mg

Je soussigné(e),

Docteur en médecine, certifie que l'état de santé de mon patient nécessite le recours au SUMATRIPTAN SANDOZ®.

## Patient:

Nom:

Prénom:

Collez ici la vignette de l'assuré

## Traitement de la migraine

Migraine diagnostiquée sur base des critères I.H.S. et présentant des crises sévères et invalidantes insuffisamment contrôlées par les autres traitements de la crise utilisés à la dose adéquate.

Instauration du traitement pour une durée de 6 mois à concurrence de 12 comprimés maximum : **compléter le rapport (voir verso).**

Prolongation du traitement pour une durée de 12 mois à concurrence de 24 comprimés maximum :  
Le traitement par Sumatriptan Sandoz®, ayant déjà fait l'objet d'une demande de remboursement, est efficace chez ce patient : **compléter le rapport motivé (voir verso).**

Prolongation du traitement pour une durée de 12 mois maximum à concurrence de 24 comprimés maximum :

Car réponse thérapeutique insuffisante

ou

Si 12 comprimés par 6 mois ne suffisent pas.

**Joindre le rapport motivé du médecin spécialiste en neurologie ou neuropsychiatrie confirmant la nécessité de la poursuite du traitement (voir verso)**

Date, signature et cachet :

# Migraine

Je soussigné(e),

Docteur en médecine, atteste de la nécessité pour mon patient,

d'être traité par la spécialité SUMATRIPTAN SANDOZ® pour cause de :

## Instauration du traitement (6 mois/ 12 comprimés maximum) – Rapport

### Diagnostiquée sur base des critères I.H.S.

#### MIGRAINE SANS AURA : au moins 5 crises satisfaisant aux critères suivants,

- durée de la crise entre 4 et 72 heures (sans traitement ou si inefficacité du traitement);
- céphalée ayant au moins 2 des caractères suivants :
  - unilatéral
  - intensité modérée à sévère
  - pulsatile
  - aggravée par les activités physiques de routine (marche, montée des escaliers...) ou obligeant à les éviter
- céphalée accompagnée par un des symptômes suivants :
  - nausées et/ou vomissements
  - photophobie et phonophobie

*L'examen clinique ne suggère pas de pathologie sous-jacente.*

#### MIGRAINE AVEC AURA : au moins 2 crises céphalalgiques avec au moins 3 des caractéristiques suivantes :

- au moins un symptôme d'aura réversible suggérant une dysfonction cérébrale focale
- au moins un symptôme d'aura se développant graduellement pendant plus de 4 minutes ou au minimum 2 symptômes d'aura successifs
- aucun symptôme d'aura ne dure plus de 60 minutes
- la céphalée survient au plus tard dans les 60 minutes qui suivent la fin de l'aura

*L'examen clinique ne suggère pas de pathologie sous-jacente.*

### Avec crises sévères et invalidantes insuffisamment contrôlées par les autres traitements de la crise, utilisés à dose adéquate :

## Prolongation du traitement (12 mois/ 24 comprimés maximum) – Rapport motivé

L'efficacité du traitement par SUMATRIPTAN SANDOZ® est démontrée par les faits suivants :

## Prolongation du traitement (12 mois/ 24 comprimés maximum) – Rapport motivé du médecin spécialiste en neurologie ou neuropsychiatrie

La réponse thérapeutique est insuffisante ou 12 comprimés par 6 mois ne suffisent pas, néanmoins une prolongation du traitement s'avère nécessaire pour les raisons suivantes :

Date, signature et cachet :