

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 cronica o episodica con la seguente forma:

Emicrania cronica (almeno 15 giorni di emicrania al mese della durata di almeno 4 ore al giorno, non trattata)
 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 15 giorni ovvero 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* (almeno 2)	Controindicazione (tutte e 3)	Intolleranza (almeno 2)
<input type="checkbox"/> Betablocker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Calcio-antagonisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anticonvulsivante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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.

Piano di inizio terapia con Aimovig:

Verifica del decorso dopo 6 mesi

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 trattamento (MM/AAAA): per (MM/AAAA):

Secondo il diario dell'emicrania, ci sono 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: