

Données du patient / de la patiente:

Nom:

Prénom:

Né(e) le:

Sexe:

☐ ♀ ☐ ♂

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Assurance:

No de l'assuré(e):

Adresse Assurance (Service du MC ou MC):

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Données médicales:
☐
Première prescription
☐
Reprise plus de 6 mois après l'interruption du traitement

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)

☐

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

☐

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 trois classes de principes actifs. Veuillez cocher la réponse adéquate:

 Réponse insuffisante*
(au moins. 2)

 Contre-indication
(tous les 3)

 Intolérance
(tous les 3)

☐

Bêtabloquant

☐
☐
☐
☐

Anticonvulsivant

☐
☐
☐
☐

Amitriptyline

☐
☐
☐
☐

Antagoniste du calcium

☐

* 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 ≥ 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'interruption

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:

Limitatio: Limitation limitée jusqu'au 31.05.2027

Le traitement nécessite une garantie de prise en charge des frais par l'assureur maladie, après consultation préalable du médecin conseil. L'octroi de la garantie de prise en charge des frais doit couvrir une période de 12 mois.

Le diagnostic, la prescription d'AIMOVIG et le suivi ne doivent être effectués que par un spécialiste FMH en neurologie.

AIMOVIG est remboursé pour le traitement de patients adultes souffrant de migraine chronique préexistante depuis au moins un an (valeur de référence: au moins 15 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour sans traitement, intégralement documentés sur au moins 3 mois) ou de migraine épisodique (valeur de référence: au moins 8 jours de migraine par mois d'une durée d'au moins 4h par jour, intégralement documentés sur au moins 3 mois, avec aura ou avec forte intensité de la douleur en association avec de fortes nausées/forts vomissements ou avec une photophobie ou phonophobie handicapante), dès lors que les patients ont insuffisamment répondu à au moins deux traitements prophylactiques avec un bêtabloquant, un antagoniste calcique, un anticonvulsivant ou l'amitriptyline ayant respectivement été utilisés pendant au moins 3 mois, ou chez lesquels tous les agents prophylactiques antimigraineux susmentionnés (à l'exception des antagonistes calciques) sont contre-indiqués ou si ces traitements (à l'exception des antagonistes calciques) ont dû être interrompus en raison d'effets secondaires prouvés et cliniquement pertinents. 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.

Sur demande, les documents suivants doivent être soumis au médecin conseil de l'assureur maladie:

- Documentation de la durée du traitement avant le traitement par AIMOVIG et de la réponse insuffisante au traitement par des agents prophylactiques (p.ex. à partir des antécédents médicaux ou du journal de la migraine)
- Avant le début du traitement: journal de la migraine débutant au moins 3 mois avant le traitement par AIMOVIG
- Après le début du traitement: journal de la migraine après 3, 6 et 12 mois de traitement par AIMOVIG

Contrôle après 3 mois:

- Le traitement par AIMOVIG ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine par mois, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 3 mois, a diminué par rapport à la valeur moyenne des 3 mois précédant le début du traitement par AIMOVIG et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.

Contrôle après 6 mois:

- Le traitement par AIMOVIG ne peut être poursuivi que si le nombre moyen de jours de migraine par mois, contrôlé par un spécialiste FMH en neurologie après 6 mois, a diminué d'au moins 50% par rapport à la valeur moyenne des 3 mois précédant le début du traitement par AIMOVIG et si cette réduction peut être prouvée à partir d'un journal de la migraine.
- La réduction d'au moins 50% du nombre de jours de migraine doit être notifiée par écrit au médecin conseil de l'assureur maladie.

Si le traitement par AIMOVIG doit être interrompu après 3 ou 6 mois en raison d'une efficacité insuffisante, toute nouvelle tentative de traitement par AIMOVIG, ou par un autre antagoniste des récepteurs du CGRP ou inhibiteur du CGRP (indépendamment de la voie d'administration), ne sera plus remboursée.

Arrêt du traitement au bout d'un an:

- Le traitement doit être arrêté au plus tard un an après le début du traitement. Si le patient présente une rechute dans les 6 mois suivant l'arrêt du traitement (au moins 8 jours de migraine sur 30 jours), la reprise d'un traitement par un antagoniste des récepteurs CGRP ou un inhibiteur du CGRP (indépendamment de la voie d'administration) peut être demandée au moyen d'une nouvelle garantie de prise en charge des frais pour une période de 12 mois. Si la rechute survient après 6 mois, le patient doit à nouveau répondre aux critères comme pour la première prescription.

Après la 2e année de traitement et pour les années suivantes:

- Une interruption du traitement doit être observée telle qu'indiquée ci-dessus après la 2ème année de traitement et au-delà. Le patient pourra ensuite reprendre le traitement avec des antagonistes des récepteurs du CGRP ou des inhibiteurs du CGRP (indépendamment de la voie d'administration) s'il remplit à nouveau les critères. Ceci pourra être poursuivi tant que la thérapie sera nécessaire et efficace.