

Données du (de la) patient(e):

Nom:			Prénom:		Né(e) le:	
Sexe:	☐ ♀ ☐ ♂		Rue:			
			Complément d'adresse:			
NPA:		Lieu:				
Assurance:			N° d'assurance:			
Adresse assureur (service de médecin-conseil ou MC):			Complément d'adresse:			
NPA:		Lieu:				

Données médicales (destinées exclusivement au médecin-conseil).

☐	Première prescription	☐	Rechute après 6 mois suivants l'interruption du traitement
☐	Le (la) patient(e) souffre de migraine depuis ≥ 1 an.		
Il s'agit d'une migraine chronique ou épisodique avec les manifestations suivantes:			
☐	Migraine chronique (au moins 15 jours de migraine par mois d'au moins 4h/jour sans traitement) ou		
☐	Migraine épisodique (au moins 8 jours de migraine par mois d'au moins 4h/jour sans traitement) et un ou plusieurs des symptômes suivants:		
☐	Aura	☐	Douleur d'intensité élevée avec fort(e)s nausées/vomissements
☐	Douleur d'intensité élevée avec photo- ou phonophobie fortement handicapante		
☐	La base de référence d'au moins 15 resp. 8 jours de migraine par mois et la durée de la migraine d'au moins 4h/jour sans traitement sont documentées sans interruption pendant au moins 3 mois. Si besoin, la documentation (journal des céphalées) peut être demandée.		

Les traitements antérieurs suivants (au moins 2) ont été effectués, mais ont été interrompus ou n'ont pas pu être poursuivis suite à une réponse insuffisante ou à des effets secondaires démontrés, # ou bien il existe une contre-indication #. Veuillez cocher les cases correspondantes:

	Réponse insuffisante*	Contre-indication	Intolérance
☐ Béta-bloquant	☐	☐	☐
☐ Antidépresseur tricyclique (amitriptylin	☐	☐	☐
☐ Anticonvulsivant	☐	☐	☐
☐ Antagoniste calcique	☐		

* Une réponse insuffisante est considérée comme démontrée si le nombre de jours de migraine n'est pas réduit d'au moins 50% par rapport au début du traitement après trois mois de traitement. # à l'exception des antagonistes calciques.

Début du traitement: avec AJOVY®:

☐ **Contrôle et suivi après 6 mois suivant le début du traitement**

Début du traitement::		Examen neurologique:	
-----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Le nombre moyen de jours de migraine est:	☐	Réduit de ≥ 50%: la thérapie se poursuit
	☐	Réduit de < 50%: le traitement est interrompu
Le journal des céphalées est:	☐	joint ☐ disponible sur demande

☐ **Reprise/rechute dans les 6 mois suivants l'interruption du traitement**

Début du traitement initial (MM/AAAA):		jusqu'à (MM/AAAA):	
Selon le journal des céphalées, dans la période de:		jusqu'à (MM/AAAA):	

 jours de migraine ont été observés (critères de la Limitation: min. 8 jours de migraine sur 30 jours)

Le journal des céphalées est:	☐	joint ☐ disponible sur demande
-------------------------------	--------------------------	---

Remarques, commentaires:

Médecin requérant

Nom:

Prénom:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Tél.:

E-Mail:

Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:

Département:

Date:

Limitatio (extrait) Limitation limitée jusqu'au 31.07.2027

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'AJOVY et le suivi ne doivent être effectués que par un spécialiste FMH en neurologie. L'emballage d'AJOVY contenant 3 seringues préremplies est uniquement remboursé pour la prescription explicite du schéma posologique trimestriel.

Limitation complète voir voir [liste des spécialités](#)