

**Demande de prise en charge du médicament VYDURA**

Matricule du patient	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom et prénom	<input type="text"/>			
Nom du médecin prescripteur	<input type="text"/>			
Code médecin	<input type="text"/>	DOCUMENT SOUS SECRET MÉDICAL		

**Demande initiale (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 12 mois)**

**Je soussigné(e), docteur en médecine, certifie que l'assuré(e) nommé(e) ci-dessus ne souffre pas de migraine chronique et répond à un des critères pour le traitement par VYDURA:** (prière de cocher le critère correspondant)

- Traitement des crises migraineuses en cas d'échec, d'intolérance ou de contre-indication(s) cardiovasculaire(s) aux triptans – le VYDURA peut être associé aux traitements prophylactiques habituels à l'exception des antagonistes injectables du récepteur du CGRP.
- Traitement préventif de la migraine épisodique chez un patient qui présente au moins 4 crises de migraine par mois et nécessitant ou préférant un traitement par voie orale comme alternative aux antagonistes injectables du récepteur du CGRP

**Demande de prolongation (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 12 mois)**

**Je soussigné(e), médecin responsable du traitement, certifie que l'assuré(e) répond favorablement au traitement par VYDURA et que la poursuite du traitement est médicalement justifiée pendant une nouvelle période de 12 mois.**

La présente est à renvoyer au **Service Autorisations médicaments, dispositifs médicaux, orthopédie et transport** du Département Médicaments, dispositifs médicaux et médecine préventive de la CNS,  
Fax: (+352) 40 78 50 – 4, rue Mercier – L-2980 Luxembourg – [pharma.cns@secu.lu](mailto:pharma.cns@secu.lu)

Cachet, signature et date	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------