

**Demande de prise en charge d'un traitement prophylactique  
de la migraine par un mAb**  
**Médicaments : AIMOVIG / AJOVY / EMGALITY**

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 souffre de migraine et répond aux critères de diagnostic de l'International Headache Society (IHS) pour la migraine sans aura, la migraine avec aura ou la migraine chronique, ainsi qu'aux critères pour le traitement prophylactique par :** (prière de cocher le critère correspondant)

Médicament:  **AIMOVIG**  **AJOVY**  **EMGALITY**

- présente en moyenne au moins 8 jours de migraine par mois calculés pendant une période minimale de 4 semaines sur la base d'un journal de migraine complet tenu par le patient;
- est en échec à au moins deux autres traitements prophylactiques complets et bien conduits parmi les médicaments suivants:
- ATC C07AA05 (propranolol)  ATC C07AB02 (métoprolol)  ATC N03AX11 (topiramate) –  
 ATC N03AX11 (amitriptyline)  ATC N07CA03 (flunarizine)  M03AX01 (botulinum toxin)  
selon les indications du RCP
- ne présente aucune atteinte cardiovasculaire ou cérébrovasculaire établie, avec des antécédents récents datant de moins de 6 mois;
- ne reçoit aucun traitement concomitant avec un médicament antagoniste du récepteur du CGRP inclus dans le code ATC N02CD\*.

Les éléments de preuve confirmant que le patient se trouvait dans la situation déclarée au moment de la demande de prise en charge sont conservés dans le dossier médical du patient.

**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 prophylactique et aux critères repris ci-dessous, et que la poursuite du traitement est médicalement justifiée pendant une nouvelle période de 12 mois : (prière de cocher le critère correspondant)

Médicament:  **AIMOVIG**  **AJOVY**  **EMGALITY**

- répondait aux critères de prise en charge initiale lors de l'initiation du traitement;
- présente une diminution supérieur à 50 %, du nombre moyen de jours de migraine par mois, mesuré sur la base d'un journal de migraine complet tenu pendant une période minimale de 4 semaines, par rapport au nombre minimal moyen de 8 jours de migraine par mois ayant été mesuré pendant la période précédant l'initiation du traitement;
- ne présente aucune atteinte cardiovasculaire ou cérébrovasculaire établie, avec des antécédents récents datant de moins de 6 mois;
- ne reçoit aucun traitement concomitant avec un médicament antagoniste du récepteur du CGRP inclus dans le code ATC N02CD\*.

Les éléments de preuve confirmant que le patient se trouvait dans la situation déclarée au moment de la demande de prise en charge sont conservés dans le dossier médical du patient

---

La présente est à renvoyer au **Service Autorisations médicaments, dispositifs médicaux, orthopédie et transport**  
du Département Médicaments, dispositifs 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