

**Personalien Patient(in):**

Name:  Vorname:  Geb. Datum:

Geschlecht:  ♀  ♂ Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

**Krankenversicherer:**  Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

**Medizinische Daten** (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

**Erstverschreibung**  **Rückfall nach über 6 Monaten nach Absetzen der Therapie**

Patientin/Patient leidet seit ≥ 1 Jahr an Migräne

Es handelt sich um eine episodische Migräne mit folgender Ausprägung:

Episodische Migräne (mind. 8 Migränetage pro Monat von unbehandelt mind. 4h/Tag) und eines oder mehrere der folgenden Symptome:

Aura  starke Schmerzintensität kombiniert mit starker Übelkeit/Erbrechen

Starke Schmerzintensität kombiniert mit Photophobie oder Phonophobie

Die Baseline von mind. 8 Migränetagen pro Monat, und die Dauer der Migräne von unbehandelt mindestens 4 h/ Tag sind lückenlos über mind. 3 Monate dokumentiert. Sofern gewünscht, kann die Dokumentation (Migränetagebuch) einverlangt werden.

Es wurden mindestens 2 Therapien mit den nachfolgenden Wirkstoffklassen durchgeführt, aber aufgrund von unzureichendem Ansprechen oder Kontraindikationen# oder aufgrund von belegten, klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen. Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an:

	Unzureichendes Ansprechen*	Kontraindikation	Unverträglichkeit
<input type="checkbox"/> Betablocker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Amitriptylin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antikonvulsivum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kalziumantagonist	<input type="checkbox"/>		

\* Ein unzureichendes Ansprechen gilt als belegt, wenn nach dreimonatiger Behandlung keine Reduktion der Migränetage um mindestens 50% gegenüber Therapiebeginn erzielt wurde. # Kontraindikationen: mit Ausnahme von Kalziumantagonisten.

Geplanter Therapiebeginn mit Vydura:

**Verlaufskontrolle nach 6 Monaten**

Therapiebeginn:  Neurologische Untersuchung:

Die durchschnittliche Anzahl der Migränetage ist:  Um mind. 50% reduziert. Fortführung der Therapie

Weniger als 50% reduziert. Therapieabbruch.

Das Migränetagebuch:  liegt bei  kann angefordert werden

**Wiederaufnahme/Rückfall innerhalb von 6 Monaten nach Therapieabsetzung**

Beginn der letzten Behandlung (MM/JJJJ):  bis (MM/JJJJ):

Gemäss Migränetagebuch liegen in der Zeit von:  bis MM/JJJJ):

Migränetage vor. (Limitatio-Bedingung: mindestens 8 Migränetagen innerhalb von 30 Tagen)

Das Migränetagebuch:  liegt bei  kann angefordert werden

Bemerkungen/Ergänzungen:

**Anfragender Arzt/Ärztin**

Name:

Vorname:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ

Ort:

Tel.:

E-Mail:

bei Spital, Name des Spitals:

Klinik oder Abteilung:

Datum:

Limitatio: siehe [SL](#)