

ARTSENVERKLARING

Ingevuld formulier is bestemd voor apotheek

CGRP-REMMERS (erenumab, fremanezumab, galcanezumab, atogepant)**NB:** Uitsluitend de **laatste versie** van de (artsen)verklaring wordt geaccepteerd door de zorgverzekeraar. Controleer dit op <http://www.znformulieren.nl>VERSIE: 2.0
INGANGSDATUM: 01-12-2024
NUMMER: 133**A** VERZEKERDEGEGEVENS
vul de gevraagde gegevens volledig in

naam:

geboortedatum:

verzekernummer:

adres:

ruimte voor patiëntenetiket/ponsplaatje

B

IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVEND ARTS

doorloop onderstaande criteria en kruis aan, teken dit formulier bij 'C', toevoegingen/correcties maken dit formulier ongeldig.

Hier invullen: Ondergetekende, neuroloog met aandachtsgebied hoofdpijn, die een CGRP-remmer voorschrijft aan verzekerde, verklaart dat verzekerde:		kolom 1*	kolom 2*
1	dit geneesmiddel de afgelopen 12 maanden aaneengesloten heeft gebruikt ten laste van de zorgverzekeraar	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 6 <input type="checkbox"/> NEE, ga naar 2	
2	18 jaar of ouder is en lijdt aan chronische migraine (maandelijks minimaal 15 dagen hoofdpijn waarvan minimaal 8 dagen migraine)	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 3 <input type="checkbox"/> NEE	
3	én onvoldoende behandelbaar is gebleken met topiramaat of valproaat gedurende twee maanden behandeling in adequate doseringen	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 4 <input type="checkbox"/> NEE	XO
4	én tevens onvoldoende behandelbaar is gebleken met botulinetoxine A (6 maanden volgens PREEMPT-protocol)	<input type="checkbox"/> JA, ga naar 5 <input type="checkbox"/> NEE	XO
5	én behandeld gaat worden overeenkomstig de start-stopcriteria zoals die voor de CGRP-remmers tot stand zijn gekomen (zie achterzijde formulier)	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	12 XO
6	in tenminste de helft van de afgelopen behandelmaanden het aantal maandelijkse migrainedagen met minimaal 30% is afgenomen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	36 XO

CHANDTEKENING ARTS
zorg voor juiste, leesbare en gedateerde handtekening

Deze artsenverklaring is naar waarheid ingevuld

naam:

praktijkadres:

telefoon:

datum:

handtekening arts:

DIN TE VULLEN DOOR
APOTHEEKHOUDENDE

De apothekhoudende verklaart dat het voorgeschreven geneesmiddel o.b.v deze artsenverklaring en de bijbehorende apotheekinstructie is:

- a) afgeleverd, ten laste van de zorgverzekeraar
- b) afgeleverd, NIET ten laste van de zorgverzekeraar
- c) NIET afgeleverd

AGB code apothekhoudende:

datum:

handtekening apothekhoudende:

*

- Indicaties eindigend in kolom 1 voldoen **wel** aan de vergoedingsvoorwaarden zoals vastgelegd in **nr 133** van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.
- Indicaties eindigend in kolom 2 voldoen hier **niet** aan.
- Een verklarende lijst voor de vergoedingscodes in kolom 1 en 2 kunt u vinden op www.znformulieren.nl.



Gepast gebruik afspraken CGRP-remmers (start- en stopcriteria)*

1. De indicatiestelling voor de behandeling van chronische migraine met CGRP-remmers wordt gesteld door een neuroloog met aandachtsgebied hoofdpijn.
2. Overmatig gebruik van acute medicatie (aanvalsbehandeling), gedefinieerd volgens de ICHD-3 criteria, dient uitgesloten dan wel volgens de [NVN richtlijn](#) behandeld te zijn. Wanneer er ondanks een adequaat uitgevoerde onttrekking in het verleden geen conversie naar episodische migraine is geweest, dan hoeft er geen nieuwe onttrekking plaats te vinden voordat er met CGRP-remmers behandeld mag worden.
3. Behandelingen volgens de richtlijn met (in ieder geval) valproaat of topiramaat hebben gefaald of zijn gecontra-indiceerd. Onder falen zijn inbegrepen:
 - a. Onvoldoende verbetering ondanks adequate dosering en duur van de behandeling volgens de NVN richtlijn;
 - b. Onacceptabele bijwerkingen.
4. Falen van of contra-indicatie voor de behandeling met botulinetoxine-A volgens [PREEMPT protocol](#) (minimaal 2 aaneengesloten cycli van elk 3 maanden).
5. Het effect van de behandeling met CGRP-remmers wordt gemonitord door een neuroloog met aandachtsgebied hoofdpijn met behulp van een hoofdpijndagboek voorafgaand aan en gedurende de behandeling. De behandeling wordt gedurende de eerste 6 maanden 3-maandelijks geëvalueerd en nadien minimaal jaarlijks.
6. De behandeling wordt in samenspraak met de patiënt gestaakt indien:
 - a. Na 6 maanden er geen afname is van het aantal migrainedagen met minimaal 30% gedurende ten minste de helft van het aantal maanden óf de patiënt zelf aangeeft onvoldoende baat te hebben;
 - b. Er sprake is van onacceptabele bijwerkingen/veiligheidsrisico.

* Criteria zoals bedoeld in de brief van het Zorginstituut van 17 september 2021 aan Staatssecretaris Blokhuis (referentie 2021017995)