|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **B101) TERUGBETALING VAGAL NERVE NEUROSTIMULATOR nVNS – VOOR CLUSTERHOOFDPIJN****Indicatie :** Vergoeding van behandeling met niet-invasieve transcutane nervus vagus stimulatie (nVNS) voor patiënten die lijden aan episodische en/of chronische clusterhoofdpijn als adjuvant, indien andere therapeutische of profylactische opties de intensiteit en frequentie van de aanvallen niet hebben verminderd. Terugbetaling vagal nerve neurostimulator nvns – voor clusterhoofdpijn (B101)**i - identificatie van de begunstigde (naam, voornaam, aansluitingsnummer bij de verzekeraar) :**  (naam) (voornaam) (aansluitingsnummer) **II - Door een in neurologie gespecialiseerde arts te verklaren elementen :** Ondergetekende, arts gespecialiseerd in neurologie, verklaart dat bovengenoemde begunstigde lijdt aan clusterhoofdpijn op basis van de diagnostische criteria voor clusterhoofdpijn volgens de ICHD-3ß. Op basis van objectieve elementen bevestig ik dat deze rechthebbende lijdt aan:□ chronische clusterhoofdpijn□ episodische clusterhoofdpijnIk verklaar dat de patiënt het door het bedrijf gratis ter beschikking gestelde medische hulpmiddel al heeft ontvangen en dat na een testfase van 3 maanden bleek dat de patiënt op dit apparaat reageerde om de intensiteit en frequentie van de aanvallen te verminderen. Zeggen met een vermindering van minstens 50% in de frequentie van aanvallen vergeleken met hun situatie vóór het gebruik van dit hulpmiddel.Ik verbind mij ertoe de medisch adviseur het bewijs te leveren dat de betrokken begunstigde zich in de gecertificeerde situatie bevindt, alsmede het medisch jaarverslag van de begunstigde. Op basis van deze bewijsstukken verklaar ik dat deze rechthebbende de terugbetaling van een niet-invasieve transcutane nervus vagus stimulatie (nVNS) nodig heeft, voor een periode van, □ 9 maanden, □12 maanden. Dit is een:* eerste aanvraag
* verlenging

**III - Identificatie van de in punt II vermelde in neurologie gespecialiseerde arts die verantwoordelijk is voor de behandeling (naam, voornaam, adres, RIZIV-nummer)**  (naam)  (voornaam) ⊥1⊥--- (RIZIV-nummer)  / / (datum) (handtekening van de arts)  (stempel van de arts)**VOORWAARDEN VOOR VERGOEDING :** Diagnose van episodische of chronische clusterhoofdpijn gedurende minstens 1 jaar, bevestigd door een neuroloog. De diagnose moet worden gesteld op basis van de diagnostische criteria voor clusterhoofdpijn volgens de ICHD-3ß : Om in aanmerking te komen voor nVNS - therapie moeten patiënten voldoen aan de diagnostische criteria voor clusterhoofdpijn en ten minste 5 aanvallen moeten voldoen aan de onderstaande criteria A tot en met C: A. Ten minste 5 aanvallen die voldoen aan criteria B tot en met D. B. Ernstige tot zeer ernstige unilaterale orbitale, supraorbitale en/of temporale pijn die zonder behandeling tussen 15 en 180 minuten aanhoudt. C. De hoofdpijn gaat gepaard met ten minste 1 van de volgende verschijnselen:1. Ten minste 1 van de volgende tekenen of symptomen aan de kant van de pijn:* Conjunctivale injectie en/of lacrimatie
* neusverstopping en/of rhinorroe
* Palpebraal oedeem
* Zweten van het voorhoofd en het gezicht
* Roodheid van voorhoofd en gezicht
* Gevoel van volheid in het oor
* miosis en/of ptosis

2. Gevoel van ongeduld of motorische rusteloosheid. D. De frequentie van de aanvallen varieert van 1 aanval om de andere dag tot 8 aanvallen per dag gedurende meer dan de helft van de actieve perioden van de ziekte. E. Komt niet beter overeen met een andere ICHD-3 diagnose. * + - * + De hoofdpijnaanvallen zijn niet toe te schrijven aan een andere ziekte of hoofdpijn van een andere oorsprong.
				+ Geen reactie binnen 30 minuten na aanvang van de behandeling met goed toegediende gasvormige zuurstof (hoge flow: 12 tot 15 L/min per masker bij hoge concentratie gedurende 15 tot 20 minuten). Alvorens te concluderen dat zuurstof niet effectief is, moet de patiënt ten minste 5 aanvallen vanaf het begin van de pijn hebben geprobeerd́ te behandelen met een stroomsnelheid van 12 tot 15 L/min gedurende 30 minuten.
 |