|  |
| --- |
| **B101) DEMANDE DE REMBOURSEMENT NEUROSTIMULATEUR NERF VAGUE nVNS POUR ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE****INDICATION :** Remboursement du traitement par neurostimulation non invasive transcutanée du nerf vague (nVNS) pour les patients souffrant d'algie vasculaire de la face épisodiques et/ou chroniques en adjuvant si les autres options thérapeutiques ou prophylactiques n’ont pas permis de diminuer l’intensité et la fréquence des crises. **i – identification du bénéficiaire (nom, prénom, numéro d’affiliation à l’organisme assureur) :**  (nom) (prénom) (numéro d’affiliation) **II – Eléments à attester par un médecin spécialiste en Neurologie :** Je soussigné, docteur en médecine, spécialisé en Neurologie, certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus souffre d’algie vasculaire de la face sur base des critères diagnostiques de l’algie vasculaire de la face (AVF) Selon l’ICHD-3ß. Sur base des éléments objectifs, je confirme que ce bénéficiaire souffre de,  □ céphalée en grappe chronique □ céphalée en grappe épisodique J’atteste que le patient a déjà reçu le dispositif médical fourni gratuitement par la firme et qu’après 3 mois de phase test, le patient s’est avéré répondeur à ce dispositif pour diminuer l’intensité et la fréquence des crises, c’est-à-dire avec une diminution d’au moins 50% de la fréquence des crises par rapport à sa situation avant l’utilisation de ce dispositif. Je m’engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire concerné se trouve dans la situation attestée, ainsi que le rapport médicale semestriel du bénéficiaire. Sur base de ces éléments, j’atteste que ce bénéficiaire peut recevoir le remboursement du traitement par un neurostimulateur non invasive transcutanée du nerf vague pour une période de, □ 9 mois □ 12 moisIl s’agit d’une :* première demande
* prolongation

**III - Identification du médecin-spécialiste en Neurologie mentionné ci-dessus au point II responsable du traitement (nom, prénom, adresse, N° INAMI)**  (nom)  (prénom) ⊥1⊥-⊥⊥⊥⊥⊥-⊥⊥⊥-⊥⊥⊥⊥ (n° INAMI)  / / (date) (signature du médecin)  (cachet du médecin)**CONDITIONS DE REMBOURSEMENT :**  Diagnostic d’algie vasculaire de la face épisodique ou chronique depuis **au moins 1 an** confirmée par un neurologue. Le diagnostic devra se faire sur base des critères diagnostiques de l’algie vasculaire de la face (AVF) Selon l’ICHD-3ß : Pour être éligible à une thérapie par nVNS, les patients doivent répondre aux critères diagnostiques de l’algie vasculaire de la face (AVF) et au moins 5 crises doivent réunir les critères A à C repris ci-dessous : 1. Au moins 5 crises réunissant les critères B à D.
2. Douleur unilatérale sévère à très sévère orbitaire, supraorbitaire et/ou temporale d’une durée comprise entre 15 et 180 minutes sans traitement.
3. La céphalée est accompagnée d'au moins 1 des signes suivant :
	1. Au moins 1 des signes ou symptômes suivants survenant du côté de la douleur :
		* + - Injection conjonctivale et/ou larmoiement
				- Congestion nasale et/ou rhinorrhée
				- œdème palpébral
				- Sudation du front et de la face
				- Rougeur du front et de la face
				- Sensation de plénitude de l’oreille
				- Myosis et/ou ptosis
			1. Sensation d’impatience ou d'agitation motrice.
4. La fréquence des crises varie de 1 crise, un jour sur deux, à 8 crises par jour pendant plus de la moitié des périodes actives de la maladie.
5. Ne correspond pas mieux à un autre diagnostic de l’ICHD-3.
	* + Les crises de céphalées ne sont pas attribuables à une autre maladie ou à une céphalée d’une autre origine.
		+ Pas de réponse endéans les 30 minutes de l’initiation d’un traitement à l’oxygène gazeux bien mené (haut débit : 12 à 15 L/min au masque à haute concentration pendant 15 à 20 minutes). Avant de conclure à l’inefficacité de l’oxygène, le patient devra avoir essayé́ de traiter au moins 5 crises dès le début de la douleur avec un débit de 12 à 15L/min pendant 30 minutes.
 |