Co musí obsahovat zpráva neurologa při odeslání pacienta do Centra pro diagnostiku a terapii bolestí hlavy k zvážení nasazení biologické léčby migrény

Trvání onemocnění a jeho vývoj v posledních letech

- **diagnóza – popis ataky, prokazující splněná kritéria pro dg migréna dle ICHD-3 (viz níže)**
- **frekvenci atak za posledního půl roku na základě deníku bolestí hlavy**
- **dosavadní profylaktická terapie**
- **anamnéza**
- **současná akutní léčba a její efekt**
- **výsledky zobrazovacích vyšetření - MRI mozku příp. CT mozku**

S ohledem na úhradové podmínky zdravotních pojišťoven je nezbytný podrobný rozpis dříve užívané profylaxe obsahující následující údaje

- **Název léku – dávka – datum nasazení a vysazení – efekt – důvod ukončení terapie – ev. popis nežádoucích účinků.** Např.: Topiramát 25mg 1-0-2 (resp. 75mg/den) od 16. 9. 2022 do 18. 5. 2023, vysazen pro nedostatečný efekt / částečný efekt / přechodný efekt (pokud pacient užívá lék minimálně 3 měsíce) nebo vysazen pro intoleranci (doplnit popis nežádoucích účinků).
- **K posouzení efektu musí pacient užívat profylaxi minimálně 3 měsíce:**
- **Nedostatečný efekt**: frekvence migrén se nezměnila nebo je pokles frekvence menší než 50 %
- **Přechodný efekt:** pokles frekvence migrén přes 50 % po omezenou dobu, pak návrat k původní frekvenci.
- **Pokud pacient užívá profylaktický lék kratší dobu než 3 měsíce** jedná se obvykle o intoleranci (pak je nutné ve zprávě podrobně popsat nežádoucí účinky) nebo non-compliance (např. pacient vysadí lék bez konzultace s lékařem).

- Zpráva musí být opatřena razítkem a podpisem.
- Takto koncipovaná lékařská zpráva je považována zdravotními pojišťovnami za dostatečnou s odpovědností předávajícího lékaře v případě, že údaje neodpovídají záznamům ZP.



AJO-CZ-00465

Materiál určený pro zdravotnické odborníky.

Diagnostická kritéria migrény

A. Minimálně 5 záchvatů migrény splňující kritéria B-D

B. Trvání jednotlivého záchvatu při nedostatečné léčbě či bez léčby 4–72 hodin

C. Bolesti hlavy splňují aspoň dvě z následujících podmínek:

1. střední až velká intenzita
2. jednostranná lokalizace (omezující či znemožňující běžné denní aktivity)
3. pulzující charakter
4. akcentace fyzickou aktivitou

D. Přítomnost aspoň jednoho z následujících příznaků:

1. fonofobie, fotofobie
2. nevolnost a/nebo zvracení

E. Platnost aspoň jednoho z následujících závěrů:

Nebylo prokázáno jiné organické onemocnění.

Došlo k selhání (nedostatečná účinnosti) minimálně 2 zástupců rozdílných skupin konvenční profylaktické medikace, z nichž alespoň 1 lék musí být antikonvulzivum (topiramát nebo valproát), pokud k nim pacient není kontraindikován (např. ženy ve fertilním věku s nedostatečně účinnou antikoncepcí – pro migrénu nemůže pacientka užívat hormonální antikoncepci).

Alespoň jeden lék musí pacient užívat po dobu minimálně 3 měsíců.

Výčet zástupců jednotlivých skupin konvenční profylaktické medikace

Sk. 1: topiramát

Sk. 2: valproát

Sk. 3: β-blokátory (metoprolol, bisoprolol, propranolol)

Sk. 4: antidepresiva (amitriptylin, venlafaxin)

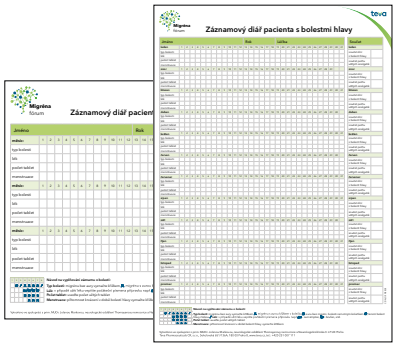
Sk. 5: blokátory Ca kanálu (flunarizin a cinarizin)

Úhradové podmínky k nasazení biologické a cílené perorální léčby

Pokud má pacient 4 a více migrenózních dnů / měsíc (MMD) minimálně za období posledních 3 měsíců

DOKUMENTACE PACIENTA

- materiály ke stažení: https://migrenaforum.cz/download/zaznamovy-diar-pacienta-s-bolestmi-hlavy



MAPA CENTER PRO LÉČBU BOLESTÍ HLAVY

Centra pro léčbu bolestí hlavy – Czech Headache Society

▶ **czech-headache.cz**
http://czech-headache.cz/centra-pro-lecbu-bolesti-hlavy/

Veeva Vault

Electronic Certificate

Version: 1 . 0

Document Number: AJO-CZ-00465

Document Name: Leaflet for neurologists

Country: Czech Republic

Product: AJOVY®

Type: Advertising and Promotional Material

Sub Type: Annotated Materials

Classification: Other

Certification Statement
We certify that the final electronic form of this material is in accordance with the regulations set forth by the health / legislative authority for the country of this document, and is a fair and truthful presentation of the facts about the product.

Role	Signature
Rudolf Racz - Medical Certification (rudolf.racz01@tevapharm.com)	Meaning: As the Medical Certifier, I approve this document for use. Date: 31-Oct-2025 12:19:41 GMT+0000
Sarka Svobodova - Commercial Certification (Sarka.Svobodova@tevapharm.com)	Meaning: As the Commercial Certifier, I approve this document for use. Date: 04-Nov-2025 10:03:21 GMT+0000
Sarka Svobodova - Commercial Recertify (Sarka.Svobodova@tevapharm.com)	Meaning: As the Commercial Certifier, I approve this document for use. Date: 05-Oct-2026 11:21:14 GMT+0000
Petr Jenicek - Medical Recertify (petr.jenicek@tevapharm.com)	Meaning: As the Medical Certifier, I approve this document for use. Date: 08-Oct-2026 06:52:17 GMT+0000