

Centrum pro bolesti hlavy - Fakultní nemocnice Ostrava

Anamnestický dotazník pro převzetí do Centrové péče Neurologie FNO k AntiCGRP terapii

Vyplňuje ošetřující neurolog

Prosím o převzetí do centrové péče pacienta/pacientky s bolestmi hlavy (zakroužkujte):

Migréna s aurou/bez aury

Chronická migréna

Cluster Headache

MOH (Medication-overuse headache)

Jiné (vypište).....

Jméno a příjmení, zdravotní pojišťovna:.....

Pacient splňuje následující podmínky pro převzetí do péče:

- |   |        |
|---|--------|
| a) Pacient/ka má vedený Deníček bolestí hlavy 3 měsíce před 1. návštěvou    | ano ne |
| b) Pacient/ka trpí na migrénu/bolest hlavy minimálně 4x za měsíc (MMD)      | ano ne |
| c) Pacient/ka vyzkoušel/a alespoň 2 přípravky profylaktické medikace        | ano ne |
| d) Pacient/ka užívala 1 profylaktikum po dobu minimálně 3 měsíců            | ano ne |
| e) Součástí profylaxe bylo vyzkoušeno antiepileptikum (topiramát/ valproát) | ano ne |

Ošetřující neurolog níže vypíše užívanou profylaxi včetně dávkování a délky jejího trvání:

<b>Topiramát:</b> ano ne	Medikováno od:	Medikováno do:
Gramáž:	Důvod vysazení:	
<b>Valproát:</b> ano ne	Medikováno od:	Medikováno do:
Gramáž:	Důvod vysazení:	
<b>Betablokátor:</b> ano ne	Medikováno od:	Medikováno do:
Gramáž:	Důvod vysazení:	
<b>Amitriptylin:</b> ano ne	Medikováno od:	Medikováno do:
Gramáž:	Důvod vysazení:	
<b>Venlafaxin:</b> ano ne	Medikováno od:	Medikováno do:
Gramáž:	Důvod vysazení:	
<b>Cinarizin:</b> ano ne	Medikováno od:	Medikováno do:
Gramáž:	Důvod vysazení:	

Pacient/ka se dostaví po objednání na první návštěvu v Centru pro bolesti hlavy s tímto dotazníkem, deníčkem bolestí hlavy a s poslední zprávou od svého ošetřujícího neurologa včetně výsledků všech paraklinických vyšetření, které byly provedeny v souvislosti s řešeným stavem (CT mozku, MR mozku, EEG a jiné).

Jméno a příjmení pacienta/ky

.....

Razítko a podpis ošetřujícího neurologa

.....