

Anamnestický dotazník pro převzetí do Centrové péče Neurologie MNO 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:

Topiramát:	ano	ne	Medikováno od: Gramáž:	Medikováno do: Důvod vysazení:
Valproát:	ano	ne	Medikováno od: Gramáž:	Medikováno do: Důvod vysazení:
Betablokátor:	ano	ne	Medikováno od: Gramáž:	Medikováno do: Důvod vysazení:
Amitriptylin:	ano	ne	Medikováno od: Gramáž:	Medikováno do: Důvod vysazení:
Venlafaxin:	ano	ne	Medikováno od: Gramáž:	Medikováno do: Důvod vysazení:
Cinarizin:	ano	ne	Medikováno od: Gramáž:	Medikováno do: 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).

Nutnost pacienta objednat po domluvě lékaře s lékařem cestou Neurologické ambulance MNO

.....
Jméno a příjmení pacienta/ky

.....
Razítko a podpis ošetřujícího neurologa