

Fragenkatalog zu Migräne für die Arztpraxis



Besser leben. Jeden Tag.
Ein Patientenservice von Novartis.

Dieses Dokument dient der Vorbereitung auf Ihr Arztgespräch.

Nicht Teil eines Studienprogramms. Zum ausschließlichen Verbleib in der Patientenakte bestimmt.
Keine Rückgabe an Novartis möglich!

weiblich männlich divers

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

1. Seit wann haben Sie Kopfschmerzen?

Datum _____

2. Dauern Ihre Kopfschmerzen ohne Behandlung zwischen 2 und 72 Stunden an?

ja nein

3. Sind Ihre Kopfschmerzen

- mit Übelkeit/Erbrechen verbunden?
- mit Lichtempfindlichkeit/Lärmempfindlichkeit verbunden?
- pulsierend?
- auf eine Kopfhälfte beschränkt?

ja nein
 ja nein
 ja nein
 ja nein

4. Verschlimmern sich die Kopfschmerzen bei Bewegung bzw. Verlagerung des Kopfes?

ja nein

5. An wie vielen Tagen im Monat haben Sie Kopfschmerzen?

0–3 Tage 4–10 Tage mehr als 10 Tage

6. An wie vielen Tagen im Monat haben Sie absolut keine Kopfschmerzen?

weniger als 10 Tage 10–20 Tage mehr als 20 Tage

7. Wie würden Sie die Intensität Ihres Kopfschmerzes beschreiben?

leicht mittel schwer

8. Werden Sie aktuell mit einem dieser genannten Wirkstoffe therapiert?

β-Blocker: Metoprolol, Propranolol

ja nein

Antikonvulsivum: Topiramate

ja nein

Kalziumantagonist: Flunarizin

ja nein

Antidepressivum: Amitriptylin

ja nein

CGRP-(Rezeptor-)Antikörper

ja nein

Botulinum-Toxin

ja nein

Andere Prophylaxe: _____

Fragen 9–11 auf nächster Seite.

Dieses Dokument dient der Vorbereitung auf Ihr Arztgespräch.

Nicht Teil eines Studienprogramms. Zum ausschließlichen Verbleib in der Patientenakte bestimmt.
Keine Rückgabe an Novartis möglich!

weiblich männlich divers

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

9. Wurden Sie in der Vergangenheit mit einem dieser genannten Wirkstoffe therapiert?

β-Blocker: Metoprolol, Propranolol

ja nein

Antikonvulsivum: Topiramat

ja nein

Kalziumantagonist: Flunarizin

ja nein

Antidepressivum: Amitriptylin

ja nein

CGRP-(Rezeptor-)Antikörper

ja nein

Botulinum-Toxin

ja nein

Andere Prophylaxe: _____

10. Kommen Sie mit Ihrer momentanen Medikation zur Migräneprophylaxe zurecht?

Ja: sehr gut allerdings mit Nebenwirkungen

Nein: wegen schlechter Verträglichkeit Einnahme vergessen unzureichende Wirksamkeit

11. Wie viele prophylaktische Vortherapien haben Sie bereits erfolglos ausprobiert?

Keine 1 2 3 4 Mehr als 4

Informationen für den Arzt:

Falls Ihnen im Rahmen Ihrer ärztlichen Behandlungstätigkeit unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln bekannt werden, so melden Sie diese bitte entsprechend § 6 der ärztlichen Berufsordnung an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und Vorkommnisse, die bei Verwendung von Medizinprodukten aufgetreten sind, an die zuständige Behörde.