

# Κατάλογος ερωτήσεων σχετικά με την ημικρανία για χρήση στην ιατρική πράξη



Καλύτερη ζωή. Κάθε μέρα.  
Μια υπηρεσία της Novartis για τους ασθενείς

Αυτό το έντυπο χρησιμεύει στην προετοιμασία σας για τη συζήτηση με τον/την γιατρό σας.

Δεν αποτελεί μέρος ερευνητικού προγράμματος. Προορίζεται για αποκλειστική φύλαξη στον φάκελο του/της ασθενούς. Δεν είναι δυνατή η επιστροφή του στη Novartis!

γυναίκα  άνδρας  άλλο

Επώνυμο

Όνομα

Ημ/νία γέννησης

## 1. Από πότε έχετε πονοκεφάλους;

Ημερομηνία \_\_\_\_\_

## 2. Χωρίς θεραπεία, διαρκούν οι πονοκέφαλοί σας μεταξύ 2 και 72 ωρών;

ναι  όχι

## 3. Οι πονοκέφαλοί σας

- σχετίζονται με ναυτία/εμετό;
- σχετίζονται με ευαισθησία στο φως (φωτοφοβία) /ευαισθησία στους θορύβους (ηχοφοβία);
- είναι παλλόμενοι (σφύζοντες);
- περιορίζονται στην μία πλευρά του κεφαλιού (ετερόπλευροι);

ναι  όχι  
 ναι  όχι  
 ναι  όχι  
 ναι  όχι

## 4. Επιδεινώνονται οι πονοκέφαλοί σας με την κίνηση ή και κατά τη μετακίνηση του σώματος;

ναι  όχι

## 5. Πόσες ημέρες τον μήνα έχετε πονοκεφάλους;

0–3 ημέρες  4–10 ημέρες  περισσότερες από 10 ημέρες

## 6. Πόσες ημέρες τον μήνα δεν έχετε καθόλου πονοκεφάλους;

λιγότερες από 10 ημέρες  10–20 ημέρες  περισσότερες από 20 ημέρες

## 7. Πώς θα περιγράφατε την ένταση του πονοκέφαλου σας;

ήπια  μέση  μεγάλη

## 8. Υποβάλλετε αυτήν την στιγμή σε θεραπεία με κάποια από τις παρακάτω δραστικές ουσίες;

β-αναστολέα: Μετοπρολόλη, προπρανολόλη

Αντισπασμωδικά: Τοπιραμάτη

Αποκλειστή διαύλων ασβεστίου: Φλουναριζίνη

Αντικαταθλιπτικό: Αμιτριπυλίνη

Αντισώματα κατά του υποδοχέα CGRP

Βοτουλινική τοξίνη

Άλλη προφυλακτική αγωγή: \_\_\_\_\_

ναι  όχι  
 ναι  όχι  
 ναι  όχι  
 ναι  όχι  
 ναι  όχι  
 ναι  όχι

Οι ερωτήσεις 9–11 παρατίθενται στην επόμενη σελίδα.

Αυτό το έντυπο χρησιμεύει στην προετοιμασία σας για τη συζήτηση με τον/την γιατρό σας.

Δεν αποτελεί μέρος ερευνητικού προγράμματος. Προορίζεται για αποκλειστική φύλαξη στον φάκελο του/της ασθενούς.  
Δεν είναι δυνατή η επιστροφή του στη Novartis!

γυναίκα       άνδρας       άλλο

Επώνυμο

Όνομα

Ημ/νία γέννησης

**9. Υποβληθήκατε στο παρελθόν σε θεραπεία με κάποια από τις παρακάτω δραστικές ουσίες;**

β-αναστολέα: Μετοπρολόλη, προπρανολόλη

ναι       όχι

Αντισπασμωδικά: Τοπιραμάτη

ναι       όχι

Αποκλειστή διαύλων ασβεστίου: Φλουναριζίνη

ναι       όχι

Αντικαταθλιπτικό: Αμιτριπτυλίνη

ναι       όχι

Αντισώματα κατά του υποδοχέα CGRP

ναι       όχι

Βοτουλινική τοξίνη

ναι       όχι

Άλλη προφυλακτική αγωγή: \_\_\_\_\_

**10. Τα πάτε καλά με την τρέχουσα αγωγή σας στην προφύλαξη από τις ημικρανίες;**

Ναι:  πολύ καλά       αλλά με ανεπιθύμητες ενέργειες

Όχι:  λόγω μειωμένης ανεκτικότητας       ξεχνάω να την πάρω       έχει ανεπαρκή αποτελεσματικότητα

**11. Πόσες προηγούμενες προφυλακτικές αγωγές έχετε δοκιμάσει χωρίς επιτυχία;**

Καμία       1       2       3       4       Περισσότερες από 4

**Πληροφορίες για τον/την γιατρό:**

Εάν κατά την ιατρική πράξη, σας γνωστοποιηθούν ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων, να τις δηλώνετε σύμφωνα με το άρθρο 6 του κώδικα ιατρικής δεοντολογίας στην Επιτροπή φαρμάκων του γερμανικού ιατρικού συλλόγου. Δηλώνετε στις αρμόδιες αρχές τα αντίστοιχα συμβάντα που εμφανίζονται κατά τη χρήση φαρμακευτικών προϊόντων.