

# Опросник для приема у специалиста по лечению мигрени



Качество жизни. Каждый день.  
Сервисная программа для  
пациентов от компании Novartis

Данный опросник служит для подготовки к консультации с врачом.

Не является частью образовательной программы. Документ предназначен исключительно для сохранения в медицинской карте пациента. Возврат компании Novartis не предусмотрен!

женский       мужской       третий пол

\_\_\_\_\_  
Фамилия

\_\_\_\_\_  
Имя

\_\_\_\_\_  
Дата рождения

## 1. Когда у Вас начались головные боли?

Дата \_\_\_\_\_

## 2. При отсутствии лечения головная боль продолжается от 2 до 72 часов?

да       нет

## 3. Головная боль

• сопровождается тошнотой/рвотой?

да       нет

• сопровождается чувствительностью к свету/шуму?

да       нет

• носит пульсирующий характер?

да       нет

• ограничивается одной половиной головы?

да       нет

## 4. Головная боль усиливается при движении головой или смене положения головы?

да       нет

## 5. Сколько дней в месяц у Вас бывают головные боли?

0–3 дня       4–10 дней       более 10 дней

## 6. Сколько дней в месяц у Вас вообще не бывает головной боли?

менее 10 дней       10–20 дней       более 20 дней

## 7. Как бы вы описали интенсивность вашей головной боли?

легкая       средняя       сильная

## 8. Получаете ли Вы в настоящий момент медикаментозное лечение одним из следующих препаратов?

β-адреноблокаторы: метопролол, пропранолол

да       нет

Противоэпилептические средства: топирамат

да       нет

Антагонисты кальция: флунаризин

да       нет

Антидепрессанты: amitриптилин

да       нет

Антитела к (рецептору) белка CGRP

да       нет

Ботулотоксин

да       нет

Другие средства для профилактики: \_\_\_\_\_

Вопросы 9–11 на следующей странице.

Данный опросник служит для подготовки к консультации с врачом.

Не является частью образовательной программы. Документ предназначен исключительно для сохранения в медицинской карте пациента. Возврат компании Novartis не предусмотрен!

женский       мужской       третий пол

\_\_\_\_\_

Фамилия

\_\_\_\_\_

Имя

\_\_\_\_\_

Дата рождения

**9. Получали ли Вы в прошлом медикаментозное лечение одним из следующих препаратов?**

β-адреноблокаторы: метопролол, пропранолол

да       нет

Противоэпилептические средства: топирамат

да       нет

Антагонисты кальция: флунаризин

да       нет

Антидепрессанты: амитриптилин

да       нет

Антитела к (рецептору) белка CGRP

да       нет

Ботулотоксин

да       нет

Другие средства для профилактики: \_\_\_\_\_

**10. Довольны ли Вы медикаментозным лечением для профилактики мигрени, которое Вы получаете в данный момент?**

Да:  очень       однако имеются побочные эффекты

Нет:  из-за плохой переносимости       пропуск приема       недостаточная эффективность

**11. Сколько различных видов профилактического лечения мигрени Вы уже попробовали, не добившись успеха?**

0       1       2       3       4       Более 4

**Информация для врача:**

Если в рамках Вашей медицинской деятельности Вам стало известно о нежелательных эффектах лекарственных средств, то, в соответствии с § 6 Профессионального кодекса поведения врачей о них необходимо сообщить в Комиссию по лекарственным средствам Немецкой медицинской ассоциации, а о явлениях, возникших в связи с использованием изделий медицинского назначения, следует сообщить в соответствующие уполномоченные органы.