**Anamnestický dotazník pro převzetí do Centrové péče 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:**

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

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

Topiramát: ano ne Medikováno od: Medikováno do:

 Gramáž: Důvod vysazení:

Valproát: ano ne Medikováno od: Medikováno do:

 Gramáž: Důvod vysazení:

Betablokátor: ano ne Medikováno od: Medikováno do:

 Gramáž: Důvod vysazení:

Amitriptylin: ano ne Medikováno od: Medikováno do:

 Gramáž: Důvod vysazení:

Venlafaxin: ano ne Medikováno od: Medikováno do:

 Gramáž: Důvod vysazení:

Cinarizin: 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).

**Nutnost pacienta objednat do centra po domluvě lékaře s lékařem**

 ……………………………………………………………..

 Razítko a podpis ošetřujícího neurologa