**Anamnestický dotazník pro převzetí pacienta do péče Centra pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy Nemocnice Agel Ostrava-Vítkovice**

**Jméno a příjmení pacienta:**

**Rodné číslo:**

**Zdravotní pojišťovna:**

**Typ bolestí hlavy** (např. migréna s aurou, bez aury,chronická migréna, ...)**:**

**Pacient splňuje tyto podmínky :**

1. Má vedený deník bolestí hlavy **alespoň 3 měsíce** před první návštěvou ( deník přinese s sebou )
2. Trpí na migrénu/bolesti hlavy **minimálně 4x za měsíc** ( uvedeno v deníku)
3. Vyzkoušel **alespoň 2 přípravky** profylaktické medikace
4. Užíval **1 profylaktikum po dobu alespoň 3 měsíců**
5. Jako profylaxe bylo vyzkoušeno **alespoň 1 antiepileptikum**

**MEDIKACE UŽÍVANÁ V RÁMCI PROFYLAKTICKÉ LÉČBY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NÁZEV LÉKU | DÁVKA (GRAMÁŽ) | MEDIKOVÁNO | DŮVOD VYSAZENÍ |
| OD | DO |
| TOPIRAMÁT |  |  |  |  |
| VALPROÁT |  |  |  |  |
| BETABLOKÁTOR |  |  |  |  |
| AMITRIPTYLIN |  |  |  |  |
| VENLAFAXIN |  |  |  |  |
| CINNARIZIN |  |  |  |  |
| JINÉ |  |  |  |  |

**Výsledky paraklinických vyšetření** (CT/MR mozku, EEG aj.)**:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Podpis pacienta souhlasícího s odesláním do Centra**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Podpis a razítko ošetřujícího neurologa**