Kopfschmerzkalender

Tag	Periode	Kopfschmerz	Migräne	Uhrzeit und Dauer der Schmerzen																							Behinderungsgrad*			Schmerzbereich	Sehstörungen	Übelkeit	Erbrechen	Licht-,Lämemf.	Lähmungen	Anzahl der Tabletten/Zäpfchen		
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3							A	B	C
1																																						
2																																						
3																																						
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						
11																																						
12																																						
13																																						
14																																						
15																																						
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
21																																						
22																																						
23																																						
24																																						
25																																						
26																																						
27																																						
28																																						
29																																						
30																																						
31																																						
	Total																											Total								Total		

Monat: _____

Name: _____

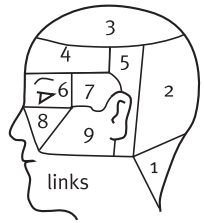
Medikament:

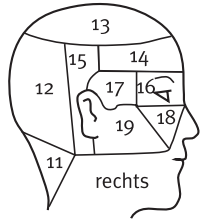
A = _____

B = _____

C = _____

Wo treten die Schmerzen auf?





*Behinderungsgrad

Grad 1 = Ich habe Kopfschmerzen, kann aber ohne Medikamente funktionieren.

Grad 2 = Ich muss eine Tablette nehmen, kann aber anschließen funktionieren.

Grad 3 = Kein Medikament hilft, ich kann nicht mehr funktionieren.

Praxisstempel

Tragen Sie hier ein, wann Sie welches Medikament eingenommen haben.

Verwenden Sie bitte die auf der Grafik angegebene Nummerrierung.

Vermerken Sie an dieser Stelle die verwendeten Schmerzmittel, sowie die Anzahl der verwendeten Tabletten oder Zäpfchen
Verwenden Sie hierzu Ihre Buchstabenzuordnung.

Kopfschmerzkalender

Tag	Periode	Kopfschmerz	Migräne	Uhrzeit und Dauer der Schmerzen	Behinderungsgrad* 1	2	3	Schmerzbereich	Sehstörungen	Übelkeit	Erbrechen	Licht-,Lärmem.	Lähmungen	Anzahl der Tabletten/Zäpfchen A	B	C
1																
2				A												
3																
4		X	X			X		3+4		X				4		
5																
6																
7				C												
8																
9			X				X	2,3,4			X	X			3	
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16				B												
17																
18			X		X			3		X						1
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																
31																
		Total						Total					Total			

Monat: Februar

Name: G. Maier

Medikament:

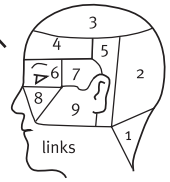
A = z.B. Aspirin

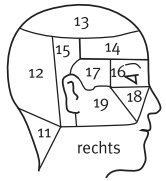
B = z.B. Triptan

C = z.B. Thomapyrin

Bitte tragen Sie hier die Schmerzmittel ein die Sie verwenden.

Wo treten die Schmerzen auf?





* Behinderungsgrad

Grad 1 = Ich habe Kopfschmerzen, kann aber ohne Medikamente funktionieren.

Grad 2 = Ich muss eine Tablette nehmen, kann aber anschließen funktionieren.

Grad 3 = Kein Medikament hilft, ich kann nicht mehr funktionieren.

Bitte beantworten Sie alle vier untenstehenden Fragen mt Ja/Nein (ankreuzen).

Wenn Sie Ihre Medikamente (Migräne) genommen haben:	Ja	Nein
1. Können Sie sich auf die Wirkung Ihres Migräne-Medikaments verlassen	☐	☐
2. Verschwindet der Kopfschmerz innerhalb von 2 Stunden	☐	☐
3. Sind Sie wieder einsatzfähig innerhalb von 2 Stunden	☐	☐
4. Können Sie sich darauf so gut verlassen, das Sie Ihren normalen Tagesablauf einhalten können	☐	☐
Auswertung	☐	☐

© Migraine-ATC Questionaire 2005 LibroPharm