

Zdravotná poisťovňa:
Kód zdravotnej poisťovne:

Protokol o začatí a kontrole biologickej liečby migrény

Liečba

- začiatok liečby
 pokračovanie liečby

Meno, priezvisko a špecializácia indikujúceho lekára: kód lekára:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia: kód PZS:
Telefónne číslo, emailová adresa:
Meno a priezvisko pacienta:
Rodné číslo:
Adresa trvalého pobytu:

ŠÚKL kód lieku: 3333D
ATC kód lieku: N02CD03
Názov lieku: AJOVY 225 mg injekčný roztok v naplnenom pere
Doplnok názvu lieku: sol inj 3x1,5 ml/225 mg (pero.inj.napl.)
Dávkovanie:
Počet balení: obdobie:
Diagnóza podľa MKCH: slovom:

I. Časť

Žiadosť o začatie biologickej liečby migrény

Dátum stanovenia diagnózy:

Počet migrenózných dní za posledný mesiac pred zahájením biologickej liečby :

Predchádzajúca profylaktická liečba:

	Dátum začatia liečby	Doba trvania liečby	Dôvod ukončenia liečby	Kontraindikácia liečby
Metoprolol				
Naproxén				
Pizotifén				
Topiramát				
Amitriptylín				

Splnenie EHF (European Headache Federation) odporúčaní [1.ataky migrény spôsobujú zneschopnenie pacienta na 2 a viac dní v mesiaci; 2.optimalizovaná akútna liečba nebráni začatiu profylaktickej liečby; 3.pacient je ochotný denne užívať liečbu; 4.existuje riziko nadužívania akútnej liečby, aj napriek jej účinnosti (profylaktické lieky nie sú vhodné na liečbu bolesti hlavy spôsobenej nadmerným užívaním liekov určených na liečbu bolesti)]:

- áno
 nie

Gradivita:

- áno
 nie

Epikríza:

Odôvodnenie liečby:

Odtlačok pečiatky a podpis indikujúceho lekára:

Dátum:

II. Časť

Pokračovanie biologickej liečby migrény po prvých 3 mesiacoch od jej začatia

Dátum začatia liečby:

Počet migrenózných dní za mesiac pred začatím liečby:

Počet migrenózných dní za mesiac počas liečby:

Hodnotenie efektu liečby:

Odtlačok pečiatky a podpis indikujúceho lekára:

Dátum:

III. Časť

Ďalšie pokračovanie biologickej liečby migrény

Dátum začatia liečby:

Počet migrenóznych dní za mesiac pred začatím liečby:

Počet migrenóznych dní za ostatné dva mesiace liečby :

Mesiac..... Počet migrenóznych dní.....

Mesiac..... Počet migrenóznych dní.....

Odtlačok pečiatky a podpis indikujúceho lekára:

Dátum: