

Zdravotná poisťovňa:  
Kód zdravotnej poisťovne:

## Protokol o začatí a kontrole biologickej liečby migrény

### Liečba

- začiatok liečby  
 pokračovanie liečby

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

<b>ŠÚKL kód lieku:</b> 1180D
<b>ATC kód lieku:</b> N02CD03
<b>Názov lieku:</b> AJOVY 225 mg injekčný roztok v naplnenej injekčnej striekačke
<b>Doplnok názvu lieku:</b> sol inj 3x1,5 ml/225 mg (striek. inj.napl skl.)
<b>Dávkovanie:</b>
<b>Počet balení:</b> <b>obdobie:</b>
<b>Diagnóza podľa MKCH:</b> 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 migrenózných dní za mesiac pred začatím liečby: .....**

**Počet migrenózných dní za ostatné dva mesiace liečby :**

**Mesiac..... Počet migrenózných dní.....**

**Mesiac..... Počet migrenózných dní.....**

**Odtlačok pečiatky a podpis indikujúceho lekára:**

**Dátum: .....**