Eine Initiative für Menschen mit Chronischer Migräne

Kopf frei fürs Leben

Therapiebegleiter Kopfschmerztagebuch

Vorname & Nachname

Liebe Patientin,
lieber Patient,

um Ihre Kopfschmerzen richtig einordnen und optimal behandeln zu können, ist es wichtig, sich ein möglichst genaues und umfassendes Bild Ihrer Erkrankung zu machen.

Neben einer neurologischen Untersuchung spielt die Beobachtung und die genaue Beschreibung Ihrer Kopfschmerzen eine große Rolle für den Therapieerfolg. Daher ist es wichtig, dass Sie dieses Tagebuch regelmäßig führen. Es hilft dem behandelnden Team, Ihre Therapie so optimal wie möglich zu gestalten.

IHRE UNTERSTÜTZUNG UND ZUSAMMENARBEIT IST WICHTIG!

Bitte füllen Sie das Tagebuch täglich aus, so dass sich Ihr behandelnder Arzt ein genaues Bild über Ihre Situation verschaffen kann. Auf den Ergebnissen aufbauend werden Therapieentscheidungen getroffen. Nur durch Ihre Mithilfe und Ihre Beobachtungen können daher die richtigen Entscheidungen Ihres behandelnden Teams für eine erfolgreiche Therapie getroffen werden.

WIE KÖNNEN SIE HELFEN?

Bitte führen Sie regelmäßig Tagebuch – am besten täglich. Tragen Sie in die Spalten die jeweiligen Informationen ein. Wenn Sie Fragen zum Ausfüllen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Arzt und das behandelnde Team.

WIE FÜLLEN SIE DAS TAGEBUCH AUS?

Im Tagebuch werden mehrere Aspekte Ihrer Kopfschmerzen festgehalten, z.B. die Stärke Ihrer Kopfschmerzen, die Dauer Ihrer Kopfschmerzen.
Bitte tragen Sie für jeden Monat Name und den jeweiligen Zeitraum (z.B. Mai) ein.

In der Regel setzen Sie am betroffenen Tag jeweils ein Kreuz in das entsprechende Kästchen.

Beispiel
Sie haben eine mittelstarke Kopfschmerzattacke am 2. Mai. Die Attacke ist nach 2 Stunden vorüber. Tags drauf, am 3. Mai, erleiden Sie einen Migräneanfall mit extrem starken Kopfschmerzen, die den halben Tag über andauern.

	Schmerzstärke				Dauer	
Tag	leicht	mittel	stark	extrem stark	weniger als 4h	mehr als 4h
1						
2		X				
3					X	
4				X		X

Bei der Angabe der Auslöser für Ihre Kopfschmerzattacken und der Angabe, welche Arzneimittel Sie eingenommen haben, tragen Sie bitte die entsprechenden Zahlen (Auslöser) bzw. Buchstaben (Medikamente) ein. Die Auflistung finden Sie auf der nächsten Seite.

Beispiel
Sie haben am 2. Mai gegen Ihre mittelstarken Kopfschmerzen 1 Tablette Paracetamol 500mg eingenommen. Einen Auslöser der Schmerzen können sich nicht benennen. Am 3. Mai haben Sie gleich zu Beginn der Migräneattacke eine Tablette Sumatriptan (50mg) geschluckt. Stress war der Auslöser.

Auslöser		Medikament
Zahl eintragen		Buchstabe laut (c) eintragen
a	b	
		A
1		B

25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															

(c) Eingenommene Arzneimittel
A Paracetamol B Sumatriptan

HALTEN SIE POSITIVE ERLEBNISSE / ERFAHRUNGEN FEST!

Wenn Sie an einem Tag etwas besonders Schönes erlebt haben oder wieder etwas machen konnten, was lange Zeit vorher nicht möglich war – halten Sie diese positiven Momente ebenfalls in Ihrem Tagebuch fest!

WANN MUSS ICH DAS TAGEBUCH VORZEIGEN?

Bitte bringen Sie Ihr Tagebuch zu jedem Arztbesuch mit. Auf Ihren Beobachtungen aufbauend werden wichtige Therapieentscheidungen getroffen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

MÖGLICHE AUSLÖSER – AUFLISTUNG

a. Psychische und körperliche Auslöser

1 Aufregung oder Stress
2 Erholungsphase
3 Änderung Schlafrhythmus
4 Menstruation
5 Andere

.....

b. Nahrungsmittel / Getränke als Auslöser

1 Käse
2 Alkoholische Getränke
3 Schokolade
4 Kaffee, Cola
5 Andere

.....

c. Eingenommene Medikamente
bitte tragen Sie Ihre Schmerzmedikamente auf den jeweiligen Tagebuchseiten ein.

Tagebuch

Name: .....

Monat: .....

	Schmerzstärke				Dauer		Schmerzart				Begleiterscheinungen				
Tag	leicht	mittel	stark	extrem stark	weniger als 4h	mehr als 4h	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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															

Schmerzverstärkung bei körperl. Aktivität		Auslöser		Medikament	Dosierung	Wirkung	Fehlzeit in Stunden	Schönes Erlebnis
ja	nein	Zahl eintragen a	Zahl eintragen b	Buchstabe laut (c) eintragen	Bitte Anzahl/ Menge angeben	0 (keine) – 4 (sehr gut)	Ausfallzeiten bei den alltäglichen Tätigkeiten	

(c) Eingenommene Arzneimittel

A ..... B .....

C ..... D .....

Tagebuch

Name: .....

Monat: .....

	Schmerzstärke				Dauer		Schmerzart				Begleiterscheinungen				
Tag	leicht	mittel	stark	extrem stark	weniger als 4h	mehr als 4h	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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															

Schmerzverstärkung bei körperl. Aktivität		Auslöser		Medikament	Dosierung	Wirkung	Fehlzeit in Stunden	Schönes Erlebnis
ja	nein	Zahl eintragen a	Zahl eintragen b	Buchstabe laut (c) eintragen	Bitte Anzahl/ Menge angeben	0 (keine) – 4 (sehr gut)	Ausfallzeiten bei den alltäglichen Tätigkeiten	

(c) Eingenommene Arzneimittel

A ..... B .....

C ..... D .....

Tagebuch

Name: .....

Monat: .....

	Schmerzstärke				Dauer		Schmerzart				Begleiterscheinungen				
Tag	leicht	mittel	stark	extrem stark	weniger als 4h	mehr als 4h	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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															

Schmerzverstärkung bei körperl. Aktivität		Auslöser		Medikament	Dosierung	Wirkung	Fehlzeit in Stunden	Schönes Erlebnis
ja	nein	Zahl eintragen a	Zahl eintragen b	Buchstabe laut (c) eintragen	Bitte Anzahl/ Menge angeben	0 (keine) – 4 (sehr gut)	Ausfallzeiten bei den alltäglichen Tätigkeiten	

(c) Eingenommene Arzneimittel

A ..... B .....

C ..... D .....

Tagebuch

Name: .....

Monat: .....

	Schmerzstärke				Dauer		Schmerzart				Begleiterscheinungen				
Tag	leicht	mittel	stark	extrem stark	weniger als 4h	mehr als 4h	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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															

Schmerzverstärkung bei körperl. Aktivität		Auslöser		Medikament	Dosierung	Wirkung	Fehlzeit in Stunden	Schönes Erlebnis
ja	nein	Zahl eintragen a	Zahl eintragen b	Buchstabe laut (c) eintragen	Bitte Anzahl/ Menge angeben	0 (keine) – 4 (sehr gut)	Ausfallzeiten bei den alltäglichen Tätigkeiten	

(c) Eingenommene Arzneimittel

A ..... B .....

C ..... D .....

Tagebuch

Name: .....

Monat: .....

	Schmerzstärke				Dauer		Schmerzart				Begleiterscheinungen				
Tag	leicht	mittel	stark	extrem stark	weniger als 4h	mehr als 4h	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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															

Schmerzverstärkung bei körperl. Aktivität		Auslöser		Medikament	Dosierung	Wirkung	Fehlzeit in Stunden	Schönes Erlebnis
ja	nein	Zahl eintragen a	Zahl eintragen b	Buchstabe laut (c) eintragen	Bitte Anzahl/ Menge angeben	0 (keine) – 4 (sehr gut)	Ausfallzeiten bei den alltäglichen Tätigkeiten	

(c) Eingenommene Arzneimittel

A ..... B .....

C ..... D .....

Tagebuch

Name: .....

Monat: .....

	Schmerzstärke				Dauer		Schmerzart				Begleiterscheinungen				
Tag	leicht	mittel	stark	extrem stark	weniger als 4h	mehr als 4h	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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															

Schmerzverstärkung bei körperl. Aktivität		Auslöser		Medikament	Dosierung	Wirkung	Fehlzeit in Stunden	Schönes Erlebnis
ja	nein	Zahl eintragen a	Zahl eintragen b	Buchstabe laut (c) eintragen	Bitte Anzahl/ Menge angeben	0 (keine) – 4 (sehr gut)	Ausfallzeiten bei den alltäglichen Tätigkeiten	

(c) Eingenommene Arzneimittel

A ..... B .....

C ..... D .....

Tagebuch

Name: .....

Monat: .....

	Schmerzstärke				Dauer		Schmerzart				Begleiterscheinungen				
Tag	leicht	mittel	stark	extrem stark	weniger als 4h	mehr als 4h	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	beidseitig	einseitig	Übelkeit	Erbrechen	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstörungen
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															

Schmerzverstärkung bei körperl. Aktivität		Auslöser		Medikament	Dosierung	Wirkung	Fehlzeit in Stunden	Schönes Erlebnis
ja	nein	Zahl eintragen		Buchstabe laut (c) eintragen	Bitte Anzahl/ Menge angeben	0 (keine) – 4 (sehr gut)	Ausfallzeiten bei den alltäglichen Tätigkeiten	
		a	b					

(c) Eingenommene Arzneimittel

A ..... B .....

C ..... D .....

Hinweise zur Therapie

Datum .....

Medikament	Dosierung

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

Hinweise zur Therapie

Datum .....

Medikament	Dosierung

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

Hinweise zur Therapie

Datum .....

Medikament	Dosierung

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

Hinweise zur Therapie

Datum .....

Medikament	Dosierung

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

Notizen

Notizen

Die Initiative **Kopf frei fürs Leben** möchte Menschen mit Chronischer Migräne einen „Schlüssel" für den Umgang mit dieser schweren Kopfschmerzerkrankung an die Hand geben. Sie bietet Betroffenen, Angehörigen und Ärzten Informationen und Hilfestellungen rund um Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten.

Mehr zur Initiative und der Erkrankung Chronische Migräne erfahren Sie unter **www.chronischemigraene.de**

ÜBERREICHT VON

Ein Service von

Allergan

DE/0278/2017