

Označite kako učinkovito je bilo vaše prejšnje zdravljenje:

(napišite kakšno zdravilo ste jemali)

Na skali od 1 do 5 (1= nezadovoljivo, 5= popolno olajšanje) označite številko, za katero menite, da predstavlja vaše zadovoljstvo s prejšnjim zdravilom.

Olajšanje migrenskega glavobola	1	2	3	4	5
Hitrost olajšanja migrenskega glavobola	1	2	3	4	5
Olajšanje občutka slabosti v želodcu	1	2	3	4	5
Olajšanje občutljivosti na svetlobo	1	2	3	4	5
Olajšanje občutljivosti na zvok	1	2	3	4	5
Sposobnost za povratek k dnevnim aktivnostim	1	2	3	4	

Ko boste zdravili vaš **prvi napad** z novim zdravilom, prosimo, da ponovno ocenite njegovo učinkovitost:

Prvi napad migrene

Dan:

Ura začetka napada:

Ura, ko ste vzeli zdravilo:

Zdravilo in odmerek:

(vpišite podatke)

Na skali od 1 do 5 (1= nezadovoljivo, 5= popolno olajšanje) označite številko, za katero menite, da predstavlja vaše zadovoljstvo z novim zdravilom.

Olajšanje migrenskega glavobola	1	2	3	4	5
Hitrost olajšanja migrenskega glavobola	1	2	3	4	5
Olajšanje občutka slabosti v želodcu	1	2	3	4	5
Olajšanje občutljivosti na svetlobo	1	2	3	4	5
Olajšanje občutljivosti na zvok	1	2	3	4	5
Sposobnost za povratek k dnevnim aktivnostim	1	2	3	4	

Ko boste zdravili vaš **drugi napad** z novim zdravilom, prosimo, da ponovno ocenite njegovo učinkovitost:

Drugi napad migrene

Dan: _____

Ura začetka napada: _____

Ura, ko ste vzeli zdravilo: _____

Zdravilo in odmerek: _____

(vpišite podatke)

Na skali od 1 do 5 (1= nezadovoljivo, 5= popolno olajšanje) označite številko, za katero menite, da predstavlja vaše zadovoljstvo z novim zdravilom.

Olajšanje migrenskega glavobola **1 2 3 4 5**

Hitrost olajšanja migrenskega glavobola **1 2 3 4 5**

Olajšanje občutka slabosti v želodcu **1 2 3 4 5**

Olajšanje občutljivosti na svetlobo **1 2 3 4 5**

Olajšanje občutljivosti na zvok **1 2 3 4 5**

Sposobnost za povratek k dnevnim aktivnostim **1 2 3 4**

Ko boste zdravili vaš **tretji napad** z novim zdravilom, prosimo, da ponovno ocenite njegovo učinkovitost:

Tretji napad migrene

Dan: _____

Ura začetka napada: _____

Ura, ko ste vzeli zdravilo: _____

Zdravilo in odmerek: _____

(vpišite podatke)

Na skali od 1 do 5 (1= nezadovoljivo, 5= popolno olajšanje) označite številko, za katero menite, da predstavlja vaše zadovoljstvo z novim zdravilom.

Olajšanje migrenskega glavobola **1 2 3 4 5**

Hitrost olajšanja migrenskega glavobola **1 2 3 4 5**

Olajšanje občutka slabosti v želodcu **1 2 3 4 5**

Olajšanje občutljivosti na svetlobo **1 2 3 4 5**

Olajšanje občutljivosti na zvok **1 2 3 4 5**

Sposobnost za povratek k dnevnim aktivnostim **1 2 3 4**