

# VII. Test diagnostyczny oraz dzienniczek migrenowy dla pacjenta

## Test diagnostyczny

ZAZNACZ ODPOWIEDZI NA PYTANIA PONIŻEJ	TAK	NIE WIEM	NIE
Czy lekarz rozpoznał u Ciebie migrenę bez aury lub migrenę z aurą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy ukończyłaś/ukończyłeś 18 lat i masz nie więcej niż 65 lat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Obie odpowiedzi "TAK"**

**Wypełnij test** i sprawdź czy ten lek jest dla Ciebie.

**Co najmniej jedna odpowiedź "NIE" lub "NIE WIEM"**

Ten lek nie jest dla Ciebie, **nie przyjmuj** go bez konsultacji z lekarzem. **Nie wypełniaj** dalszej części testu.

ZAZNACZ ODPOWIEDZI NA PYTANIA PONIŻEJ	TAK	NIE WIEM	NIE
<b>Czy zdiagnozowano u Ciebie migrenę:</b>			
1. podstawną ( <i>występuje podwójne widzenie, zaburzenia mowy i ruchu, obniżony poziom świadomości</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. hemiplegiczną ( <i>występuje jednostronne osłabienie mięśni</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. oftalmoplegiczną ( <i>występuje osłabienie mięśni sterujących ruchem gałek ocznych</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy obecne objawy migreny są inne niż zwykle występujące u Ciebie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy jest to Twój 4 lub kolejny napad migreny w ciągu ostatnich 30 dni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Czy stwierdzono u Ciebie któreś z poniższych schorzeń:</b>			
choroby serca ( <i>objawiające się bólem w klatce piersiowej, bólem za mostkiem przy wysiłku lub zdenerwowaniu, brakiem tchu, kołataniami serca podczas codziennej aktywności fizycznej, zawrotami głowy przy wstawaniu z pozycji leżącej lub siedzącej</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ciężkie nadciśnienie krwi (powyżej 180/110 mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nieleczone nadciśnienie krwi (powyżej 140/90 mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
przebyłaś/przebyłeś zawał serca, udar mózgu lub epizod przemijającego ataku niedokrwionego mózgu (TIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chorobę naczyń obwodowych ( <i>niedrożne duże naczynia krwionośne ramion i nóg, na przykład zaawansowana miażdżycza kończyn dolnych</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ciężką chorobę nerek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niewydolność wątroby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Do czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych należą:</b>			
<input type="checkbox"/> podwyższone stężenie cholesterolu we krwi,			
<input type="checkbox"/> otyłość,			
<input type="checkbox"/> cukrzyca,			
<input type="checkbox"/> palenie tytoniu,			
<input type="checkbox"/> występowanie w rodzinie chorób układu krążenia przed 60 rokiem życia,			
<input type="checkbox"/> wiek pomenopauzalny (kobiety),			
<input type="checkbox"/> wiek powyżej 40 lat (mężczyźni).			
Czy występują u Ciebie 2 lub więcej wyżej wymienione czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Czy jesteś w ciąży lub podejrzewasz, że jesteś w ciąży? (dotyczy kobiet)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Czy karmisz piersią? (dotyczy kobiet)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ODCZYTAJ WYNIK  
I ZAZNACZ DECYZJĘ:**

**Co najmniej jedna odpowiedź "TAK" lub "NIE WIEM"**

**Nie możesz** zastosować leku Dezamigren bez konsultacji z lekarzem.

**Wszystkie odpowiedzi "NIE"**

**Możesz** zastosować lek Dezamigren bez konsultacji z lekarzem. Przed użyciem zapoznaj się z treścią ulotki dołączonej do opakowania. Jeśli w ciągu ostatnich 24 godzin przyjąłeś/przyjęłaś inny lek na migrenę, odczekaj 24 godziny przed przyjęciem leku Dezamigren, chyba że lekarz wcześniej zalecił Ci inaczej.

### UWAGA!

- Pamiętaj o wypełnieniu testu przed każdym zastosowaniem leku.
- Długotrwałe stosowanie jakiegokolwiek leku przeciwbólowego może wywołać **ból głowy z nadużywania leków**.
- Nie stosuj leku Dezamigren bez konsultacji z lekarzem, jeżeli jest to Twój 4 lub kolejny napad migreny w ciągu ostatnich 30 dni.
- Skorzystaj z dzienniczka na drugiej stronie w celu monitorowania leczenia migreny.

# Dezamigren

12,5 mg, tabletki powlekane Almotriptani malas

