

Mein Migräne-Tagebuch

zur Therapiebegleitung

Name/Vorname

MEIN MIGRÄNE-TAGEBUCH

September 2019

Monat/Jahr

TAG	1	2	3	4	5	6
Morgens	0	0	1	2	0	0
Mittags	1	0	2	1	0	0
Abends	1	1	3	0	0	0

Prophylaxe:
Bsp-Name X

Akutmedikation X X

Menstruation X

Starke Stressbelastung durch ...

Anmerkungen

Liebe/r Migränebetroffene/r,

dieses Tagebuch zur Therapiebegleitung dient dazu, den Erfolg Ihrer medikamentösen Migränetherapie zu beurteilen. Es geht ganz einfach:

- Bitte notieren Sie hier den entsprechenden **Monat** und das **Jahr** (z. B. September 2019)
- Tragen Sie nun für jeden Tag ein, wie Sie Ihre Migräne morgens, mittags und abends empfunden haben:
0: Völlig frei von Kopfschmerzen
1: Kopfschmerzen, die mich bei meinen Aktivitäten **nicht eingeschränkt** haben
2: Kopfschmerzen, die mich bei meinen Aktivitäten **moderat eingeschränkt** haben
3: Knock-out Kopfschmerzen, die mich bei meinen Aktivitäten **massiv eingeschränkt** haben (z. B. Bedürfnis nach dunklem Zimmer, Rückzug oder absoluter Ruhe; schwere Beeinträchtigung bei täglichen Aktivitäten)
- Bitte tragen Sie in dieser Zeile den Namen Ihres **Prophylaxe**-Medikaments ein und wie dieses angewendet wird.
- In dieser Zeile markieren Sie bitte die Tage, an denen Sie eine **Akutmedikation** gegen Kopfschmerzen eingenommen haben.
- Hier markieren Sie bitte die Tage, an denen Sie Ihre **Menstruation** hatten.
- In den **Anmerkungen** können Sie weitere Punkte notieren, die für Sie wichtig sind oder die Sie bei Ihrem nächsten Arztbesuch besprechen möchten.

Bitte nehmen Sie dieses Tagebuch zu Ihrem Termin mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt mit.

Über Mepha Pharma AG und Teva Pharma AG: Die beiden Firmen gehören zur Mepha Schweiz AG, eine der führenden Pharmafirmen in der Schweiz und seit 2011 Teil des internationalen Teva Konzerns, der weltweiten Nummer eins im Generika-Markt. Mepha Pharma, Teva Pharma und Mepha Schweiz haben ihren Sitz in Basel und beschäftigen derzeit 161 Mitarbeitende.

MEIN MIGRÄNE-TAGEBUCH ZUR THERAPIEBEGLEITUNG

Name/Vorname _____

Monat/Jahr _____ 0: Frei von Kopfschmerz | 1: Nicht eingeschränkt | 2: Moderat eingeschränkt | 3: Massiv eingeschränkt

TAG	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	
Morgens																																
Mittags																																
Abends																																
Prophylaxe:																																
.....																																
Akutmedikation																																
Menstruation																																

Anmerkungen _____

Monat/Jahr _____ 0: Frei von Kopfschmerz | 1: Nicht eingeschränkt | 2: Moderat eingeschränkt | 3: Massiv eingeschränkt

TAG	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
Morgens																															
Mittags																															
Abends																															
Prophylaxe:																															
.....																															
Akutmedikation																															
Menstruation																															

Anmerkungen _____

Monat/Jahr _____ 0: Frei von Kopfschmerz | 1: Nicht eingeschränkt | 2: Moderat eingeschränkt | 3: Massiv eingeschränkt

TAG	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
Morgens																															
Mittags																															
Abends																															
Prophylaxe:																															
.....																															
Akutmedikation																															
Menstruation																															

Anmerkungen _____

MEIN MIGRÄNE-TAGEBUCH ZUR THERAPIEBEGLEITUNG

Name/Vorname _____

Monat/Jahr _____ 0: Frei von Kopfschmerz | 1: Nicht eingeschränkt | 2: Moderat eingeschränkt | 3: Massiv eingeschränkt

TAG	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	
Morgens																																
Mittags																																
Abends																																
Prophylaxe:																																
.....																																
Akutmedikation																																
Menstruation																																

Anmerkungen _____

Monat/Jahr _____ 0: Frei von Kopfschmerz | 1: Nicht eingeschränkt | 2: Moderat eingeschränkt | 3: Massiv eingeschränkt

TAG	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
Morgens																															
Mittags																															
Abends																															
Prophylaxe:																															
.....																															
Akutmedikation																															
Menstruation																															

Anmerkungen _____

Monat/Jahr _____ 0: Frei von Kopfschmerz | 1: Nicht eingeschränkt | 2: Moderat eingeschränkt | 3: Massiv eingeschränkt

TAG	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
Morgens																															
Mittags																															
Abends																															
Prophylaxe:																															
.....																															
Akutmedikation																															
Menstruation																															

Anmerkungen _____
