

Migräne Ambulanz

Migränefragebogen M I D A S

Patientenname:

Geburtsdatum:

Datum:

Leiden Sie an Kopfschmerzen (Migräne)? Dieser Fragebogen kann Ihnen und Ihrem Arzt helfen, die Behandlung Ihrer Kopfschmerzen zu verbessern.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über ALLE Kopfschmerzattacken, die Sie in den letzten drei Monaten hatten. Füllen Sie das Kästchen neben jeder Frage mit der entsprechenden Zahl aus. Wenn Sie eine Tätigkeit in den vergangenen drei Monaten nicht ausgeführt haben, tragen Sie eine Null ein.

1. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten sind Sie wegen Kopfschmerzen nicht zur Arbeit gegangen oder haben in der Schule gefehlt? _____ Tage
2. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten war Ihre Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz oder in der Schule um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 1 angegeben haben, NICHT dazu) _____ Tage
3. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten konnten Sie wegen Ihrer Kopfschmerzen keine Hausarbeit verrichten? _____ Tage
4. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten war Ihre Leistungsfähigkeit im Haushalt um die Hälfte oder mehr eingeschränkt? (Zählen Sie die Tage, die Sie bei Frage 3 angegeben haben, NICHT dazu) _____ Tage
5. An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten haben Sie an familiären, sozialen oder Freizeitaktivitäten wegen Ihrer Kopfschmerzen nicht teilnehmen können? _____ Tage

Ergebnis _____ Tage

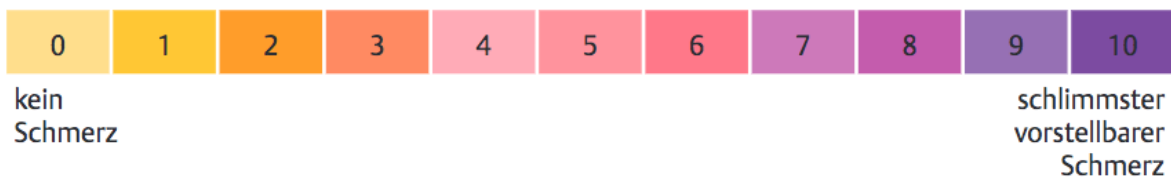
Migräne Ambulanz

A An wie vielen Tagen in den letzten drei Monaten hatten Sie Kopfschmerzen?
(Wenn die Kopfschmerzen länger als einen Tag angehalten haben, zählen Sie jeden Tag)

_____ Tage

B Wie stark waren die Kopfschmerzen? Bitte geben Sie die Schmerzintensität auf einer Skala 0–10 an (0 = keine Schmerzen, 10 = unerträgliche Schmerzen)

Numerische Rating-Skala (NRS)



Bitte zählen Sie die Tage der Fragen 1–5 zusammen, sobald Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben (Die Fragen A und B bitte nicht dazu zählen)

Auswertung des MIDAS-Fragebogens

Grad Definition Punkte

- | | | |
|-----|-----------------------------------|-------|
| I | Wenig oder keine Beeinträchtigung | 0–5 |
| II | Geringe Beeinträchtigung | 6–10 |
| III | Mässige Beeinträchtigung | 11–20 |
| IV | Schwere Beeinträchtigung | > 21 |

Migräne Ambulanz

Leiden Sie an Kopfschmerzen?

1. Wie viele Kopfschmerztage hatten Sie durchschnittlich pro Monat in den letzten 3 Monaten?

_____ Tage

2. Wie viele Migränetage hatten Sie durchschnittlich pro Monat in den letzten 3 Monaten?

_____ Tage

3. An durchschnittlich wie vielen Tagen pro Monat in den letzten 3 Monaten haben Sie Schmerzmittel oder Triptane aufgrund der Migräne eingenommen?

_____ Tage

Nehmen Sie eine Akuttherapie ein?

ja nein

1. **Triptan - Therapie (Präparatenamen):**

ja nein

Einnahmetage pro Monat:

2. **Analgetika - Therapie (bitte unterstreichen):**

ja nein

z.B. ASS, Ibuprofen, Paracetamol, Metamizol (Novalgin ®) oder Kombinationspräparat mit Koffein wie Thomapyrin ®

Einnahmetage pro Monat:

3. **Sonstiges:**

Welche medikamentöse Migräneprophylaxe haben Sie bisher eingenommen?

- **Bisher keine:** ja nein

1. **Beta-Blocker:**

- **Propranolol:** ja nein

- **Metoprolol:** ja nein

- **Bisoprolol:** ja nein

Gegenanzeigen:

Migräne Ambulanz

- Asthma bronchiale ja nein
- Herzrhythmusstörungen ja nein

Dosis in mg: niedrige Dosis

Einnahmedauer: < 2 Monate

Wirksamkeit: ausreichend unzureichend nicht wirksam

Unverträglichkeit wegen Nebenwirkungen:

- Verlangsamung des Herzschlages ja nein
- Abnahme des Blutdrucks ja nein
- Depressive Stimmungslage ja nein
- Verminderte Libido / Impotenz ja nein
- Andere:

2. Flunarizin: ja nein

Gegenanzeigen:

- Fokale Dystonie ja nein
- M. Parkinson ja nein
- Depression ja nein
- Schwangerschaft/Stillzeit ja nein

Dosis in mg: niedrige Dosis

Einnahmedauer: < 2 Monate

Wirksamkeit: ausreichend unzureichend nicht wirksam

Unverträglichkeit wegen Nebenwirkungen:

- Gewichtszunahme ja nein

Migräne Ambulanz

- Magen-Darm-Beschwerden ja nein
- Andere:

3. Topiramate: ja nein

Gegenanzeigen:

- Niereninsuffizienz ja nein
- Nierensteine ja nein
- Glaukom („Grüner Star“) ja nein
- Anorexie („Magersucht“) ja nein

Dosis in mg: niedrige Dosis

Einnahmedauer: < 2 Monate

Wirksamkeit: ausreichend unzureichend nicht wirksam

Unverträglichkeit wegen Nebenwirkungen:

- Gewichtsabnahme ja nein
- Gedächtnisstörung ja nein
- Andere:

4. Amitriptylin: ja nein

Gegenanzeigen:

- Herzrhythmusstörungen/insuffizienz ja nein
- Glaukom („grüner Star“) ja nein
- Prostatahypertrophie/adenom ja nein

Dosis in mg: niedrige Dosis

Einnahmedauer: < 2 Monate

Migräne Ambulanz

Wirksamkeit: ausreichend unzureichend nicht wirksam

Unverträglichkeit wegen Nebenwirkungen:

- Gewichtszunahme ja nein
- Müdigkeit ja nein
- Andere:

5. Valproat: ja nein

Gegenanzeigen:

- Lebererkrankungen ja nein
- Frauen im gebärfähigem Alter ja nein
- Alkoholmissbrauch ja nein
- Schwangerschaft ja nein

Dosis in mg: niedrige Dosis

Einnahmedauer: < 2 Monate

Wirksamkeit: ausreichend unzureichend nicht wirksam

Unverträglichkeit wegen Nebenwirkungen:

- Müdigkeit ja nein
- Andere:

6. Onabotulinumtoxin A (Botox®) ja nein

Gegenanzeigen:

- Myasthenia gravis ja nein
- Schwangerschaft ja nein

Dosis (Einheiten / MU): niedrige Dosis

Migräne Ambulanz

Einnahmedauer: < 3 Intervalle

Wirksamkeit: ausreichend unzureichend nicht wirksam

Unverträglichkeit wegen Nebenwirkungen:

• Andere: ja nein

7. Erenumab (Aimovig®): ja nein

8. Galcanezumab (Emgality®): ja nein

9. Fremanezumab (Ajovy®): ja nein

Gegenanzeigen:

• Koronare Herzkrankheit ja nein

• pAVK ja nein

• Schlecht kontrollierter Blutdruck ja nein

• Schlaganfall, TIA ja nein

• Subarachnoidalblutung ja nein

• Hohes (kardio)-vaskuläres Risiko ja nein

• Entzündliche Darmerkrankungen ja nein

• Leberfunktionsstörung ja nein

• Schwere Nierenfunktionsstörung ja nein

• (geplante) Schwangerschaft ja nein

• Gebärfähige Frauen ohne (ausreichende)
Kontrazeption ja nein

• Stillzeit ja nein

• COPD ja nein

• Pulmonale Hypertension ja nein

• Morbus Raynaud ja nein

Migräne Ambulanz

- Wundheilungsstörungen ja nein
- Transplantationsempfänger ja nein

Dosis in mg: niedrige Dosis

Einnahmedauer: < 3 Intervalle

Wirksamkeit: ausreichend unzureichend nicht wirksam

Unverträglichkeit wegen Nebenwirkungen:

- Andere: ja nein

Hiermit bestätige ich durch meine Unterschrift die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben.

Ort, Datum:

Unterschrift des Patienten: