

Follow Up – Weiterbehandler**(3 / 6 / 9 / 12 Monate)****Visitendatum:****1. Welche Kopfschmerzdiagnose besteht aktuell?
(Mehrfachnennungen möglich)**

- Episodische Migräne
 Chronische Migräne
 mit Aura ohne Aura
 Spannungskopfschmerz
 Cluster-KS
 Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch
 unbekannt / keine Diagnose
 andere: _____

2. Welche (s) Medikament (e) nimmt der Patient derzeit zur Attackenkupierung ein?

Wirkstoff	Dosis (mg)	Seit wann?
<input type="checkbox"/> Sumatriptan		
<input type="checkbox"/> Zolmitriptan		
<input type="checkbox"/> Naratriptan		
<input type="checkbox"/> Rizatriptan		
<input type="checkbox"/> Almotriptan		
<input type="checkbox"/> Eletriptan		
<input type="checkbox"/> Frovatriptan		
<input type="checkbox"/> ASS		
<input type="checkbox"/> Ibuprofen		
<input type="checkbox"/> Paracetamol		
<input type="checkbox"/> Diclofenac		
<input type="checkbox"/> Metamizol		
<input type="checkbox"/> Naproxen		
<input type="checkbox"/> andere:		

3. Wie beurteilen sie die Wirksamkeit der derzeitigen Akuttherapie auf die Migräne?

- sehr gute Wirkung
 gute Wirkung
 mäßige Wirkung
 wenig Wirkung
 keine Wirkung
 Patient hat keine Akuttherapie

Name

Datum

Unterschrift

Prüfzentrum: Charité Berlin

4. Wie beurteilen Sie die Verträglichkeit der derzeitigen Akuttherapie?

- sehr gute Verträglichkeit
- gute Verträglichkeit
- weder noch
- schlechte Verträglichkeit
- sehr schlechte Verträglichkeit
- Patient hat keine Akuttherapie

5. Haben Sie eine neue Akuttherapie empfohlen?

- Ja
- Nein

Falls ja, welche:

Wirkstoff	Dosis	Seit wann?
<input type="checkbox"/> Sumatriptan		
<input type="checkbox"/> Zolmitriptan		
<input type="checkbox"/> Naratriptan		
<input type="checkbox"/> Rizatriptan		
<input type="checkbox"/> Almotriptan		
<input type="checkbox"/> Eletriptan		
<input type="checkbox"/> Frovatriptan		
<input type="checkbox"/> ASS		
<input type="checkbox"/> Ibuprofen		
<input type="checkbox"/> Paracetamol		
<input type="checkbox"/> Diclofenac		
<input type="checkbox"/> Metamizol		
<input type="checkbox"/> Naproxen		
<input type="checkbox"/> andere:		

6. Nimmt der Patient zum Zeitpunkt der Vorstellung ein Medikament zur Vorbeugung von Kopfschmerzen ein (Prophylaxe)?

- Ja
- Nein

Name

Datum

Unterschrift

6b. Wenn ja, welches?

Wirkstoff	Dosis	Seit wann?
<input type="checkbox"/> Metoprolol		
<input type="checkbox"/> Propranolol		
<input type="checkbox"/> Topiramate		
<input type="checkbox"/> Flunarizin		
<input type="checkbox"/> Valproat		
<input type="checkbox"/> Amitriptylin		
<input type="checkbox"/> Venlafaxin		
<input type="checkbox"/> Botox		
<input type="checkbox"/> Erenumab		
<input type="checkbox"/> andere, bitte angeben:		

7. Klage der Patient über Nebenwirkungen?

- Ja
 Nein

7b. Falls ja, welche:

8. Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit der derzeitigen medikamentösen Prophylaxe auf die Migräne?

- sehr gute Wirkung
 gute Wirkung
 mäßige Wirkung
 wenig Wirkung
 keine Wirkung
 Patient hat keine medikamentöse Prophylaxe

9. Wie beurteilen Sie die Verträglichkeit der derzeitigen medikamentösen Prophylaxe?

- sehr gute Verträglichkeit
 gute Verträglichkeit
 weder noch
 schlechte Verträglichkeit
 sehr schlechte Verträglichkeit
 Patient hat keine medikamentöse Prophylaxe

10. Haben Sie einen Wechsel/Beginn einer Migräneprophylaxe empfohlen?

- Ja
 Nein

10b. Falls ja, welche?

Wirkstoff	Dosis	Seit wann?
<input type="checkbox"/> Metoprolol		
<input type="checkbox"/> Propranolol		
<input type="checkbox"/> Topiramal		
<input type="checkbox"/> Flunarizin		
<input type="checkbox"/> Valproat		
<input type="checkbox"/> Amitriptylin		
<input type="checkbox"/> Venlafaxin		
<input type="checkbox"/> Botox		
<input type="checkbox"/> Erenumab		
<input type="checkbox"/> andere, bitte angeben:		

11. Haben sie andere nicht-medikamentöse Verfahren zur Vorbeugung von Kopfschmerzen empfohlen?

- Ja
 Nein

11b. Wenn ja, welche? (Mehrere Antworten sind möglich!)

- Ausdauersport
 Akupunktur
 Physiotherapie
 Massagen
 Osteopathie / Manuelle Medizin
 Psychotherapie / Verhaltenstherapie
 Entspannungsverfahren: _____
 Andere: _____

12. Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit der derzeitigen nicht-medikamentösen Prophylaxen auf die Migräne?

- sehr gute Wirkung
 gute Wirkung
 mäßige Wirkung
 wenig Wirkung
 keine Wirkung
 Patient hat keine medikamentöse Prophylaxe

13. Haben Sie den von M-sense erstellten Kopfschmerzreport während des Patientenbesuchs benutzt?

- Ja
 Nein

13b. Falls ja, wie hilfreich empfanden Sie den Kopfschmerzreport?

- sehr hilfreich
- eher hilfreich
- weder noch
- eher nicht hilfreich
- nicht hilfreich

13c. Wie zufrieden waren Sie mit dem Kopfschmerzreport?

- sehr zufrieden
- eher zufrieden
- weder/noch
- eher unzufrieden
- sehr unzufrieden

13d. Anmerkungen, Kritik, Verbesserungsvorschläge, Lob für den Kopfschmerzreport

Die Frage 14 und 15 nur beantworten, wenn der Patient in der Interventionsgruppe ist (M-sense-Premium)

14. Haben Sie anhand der Triggeranalyse von SMARTGEM mit dem Patienten mögliche Auslöser seiner Migräne besprochen?

- Ja
- Nein

14b. Falls ja, wie hilfreich empfanden Sie die Triggeranalyse

- sehr hilfreich
- eher hilfreich
- weder noch
- eher nicht hilfreich
- nicht hilfreich

14c. Falls ja, wie zufrieden waren Sie mit der Triggeranalyse?

- sehr zufrieden
- eher zufrieden
- weder noch
- eher unzufrieden
- sehr unzufrieden

14d. Anmerkungen, Kritik, Verbesserungsvorschläge, Lob für die Triggeranalyse

15. Haben Sie die im Rahmen von SMARTGEM die Möglichkeit einer telemedizinisch gestützten Fallkonferenz (Telekonsil) mit dem universitären Zentrum genutzt?

- Ja
- Nein

15b. Falls ja, wie hilfreich empfanden Sie das Telekonsil?

- sehr hilfreich
- eher hilfreich
- weder noch
- eher nicht hilfreich
- nicht hilfreich

15c. Falls ja, wie zufrieden waren Sie mit Telekonsil?

- sehr zufrieden
- eher zufrieden
- weder noch
- eher unzufrieden
- sehr unzufrieden

15d. Anmerkungen, Kritik, Verbesserungsvorschläge, Lob für das Telekonsil

16. Wie schätzen Sie die Wirksamkeit von SMARTGEM hinsichtlich der Verbesserung der Migräne bei Ihrem Patienten ein?

- sehr gute Wirkung
- gute Wirkung
- mäßige Wirkung
- wenig Wirkung
- keine Wirkung

17. Wie zufrieden sind Sie mit SMARTGEM?

- sehr zufrieden
- eher zufrieden
- weder noch
- eher unzufrieden
- sehr unzufrieden