



Щоденник головного болю

Матеріал розроблено професором Білошицьким В. В.
за сприяння ТОВ "Тева Україна".

Матеріал для пацієнтів, яким призначено
фреманезумаб.

Непромоційна інформація про мігрень, не призначена
для самостійної діагностики або лікування.
За додатковою інформацією звертайтеся до лікаря.

Матеріал розроблено професором Білошицьким В. В.
за сприяння ТОВ «Тева Україна».
Інформація є професійною точкою зору автора.
Сторони підтверджують відсутність конфлікту інтересів.
КОНТАКТИ: ТОВ «Тева Україна», 02152, м. Київ,
просп. П. Тичини, 1-В, поверх 9; 0-800-502-284.
Aюv-UA-NP-00132 Exp. Dec. 2023

Програма
підтримки пацієнтів
з мігренню



МОМЕНТИ ЖИТТЯ
ВІД ТЕВА



Інформація про експерта

Білошицький Вадим Васильович

Доктор медичних наук, керівник Групи лікування хронічного болю Інституту нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України.

Член Міжнародного товариства головного болю, Міжнародної асоціації з вивчення болю і Всесвітнього інституту болю.

Член Українського товариства головного болю і Українського товариства нейронаук.

Першим в Україні впровадив методики ін'єкцій ботулотоксину і анти-CGRP моноклональних антитіл.

Щоденник головного болю є ефективним інструментом, що допомагає лікарю поставити діагноз, виявити провокуючі фактори (тригери), оцінити ефективність призначеного профілактичного лікування та контролювати кількість анальгетиків чи триптанів, які вживає пацієнт, аби зняти напад головного болю.

Як заповнювати щоденник головного болю?

1. Використовуйте один аркуш для одного місяця. Цифри ліворуч позначають день місяця – розпочинайте записи саме з тієї цифри, що відповідає даті початку заповнення щоденника. Вкажіть день тижня, що відповідає даті заповнення.
2. Відзначайте кожен напад мігрені чи будь-якого іншого головного болю у відповідну дату, коли він виник. Вкажіть час початку нападу та його тривалість. Якщо нападу головного болю не було – залиште цей день порожнім.
3. Оцініть інтенсивність нападу головного болю за 10-бальною шкалою (10 балів – це найсильніший біль, який ви можете собі уявити).
4. Вкажіть, чи турбували вас нудота та/або блювання.
5. Для пацієнтів з мігренню з аурою – вкажіть, чи виникала аура перед нападом.
6. Запишіть назву препарату, який ви приймали в цей день для зняття гострого нападу. Обов'язково вкажіть, якщо ви повторювали прийом цього або інших препаратів протягом цього дня.
7. Вкажіть додаткову інформацію: що могло спровокувати напад, якими додатковими симптомами він супроводжувався, чи вдалося повністю зняти напад головного болю тощо.
8. Для жінок: в останньому стовпчику вкажіть дні менструації.

ПІБ: _____
 Дата народження: _____

Місяць: _____
 Рік: _____

День місяця	День тижня	Час початку	Тривалість (хв/год)	Інтенсивність (1-10 б.)	Локалізація болю	Нудота/блювання (+/-)	Аура (+/-)	Фотофобія (+/-)	Фонофобія (+/-)	Медикаменти (назва, дозування)	Нотатки (що спровокувало, інші симптоми, чи подіяв препарат і тд.)	Менструація (для жін.) (+/-)
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												

ПІБ: _____

Місяць: _____

Дата народження: _____

Рік: _____

День місяця	День тижня	Час початку	Тривалість (хв/год)	Інтенсивність (1-10 б.)	Локалізація болю	Нудота/блювання (+/-)	Аура (+/-)	Фотофобія (+/-)	Фонофобія (+/-)	Медикаменти (назва, дозування)	Нотатки (що спровокувало, інші симптоми, чи подіяв препарат і тд.)	Менструація (для жінок) (+/-)
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												

ПІБ: _____
 Дата народження: _____

Місяць: _____
 Рік: _____

День місяця	День тижня	Час початку	Тривалість (хв/год)	Інтенсивність (1-10 б.)	Локалізація болю	Нудота/блювання (+/-)	Аура (+/-)	Фотофобія (+/-)	Фонофобія (+/-)	Медикаменти (назва, дозування)	Нотатки (що спровокувало, інші симптоми, чи подіяв препарат і тд.)	Менструація (для жін.) (+/-)
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												

ПІБ: _____

Місяць: _____

Дата народження: _____

Рік: _____

День місяця	День тижня	Час початку	Тривалість (хв/год)	Інтенсивність (1-10 б.)	Локалізація болю	Нудота/блювання (+/-)	Аура (+/-)	Фотофобія (+/-)	Фонофобія (+/-)	Медикаменти (назва, дозування)	Нотатки (що спровокувало, інші симптоми, чи подіяв препарат і тд.)	Менструація (для жінок) (+/-)
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												

ПІБ: _____
 Дата народження: _____

Місяць: _____
 Рік: _____

День місяця	День тижня	Час початку	Тривалість (хв/год)	Інтенсивність (1-10 б.)	Локалізація болю	Нудота/блювання (+/-)	Аура (+/-)	Фотофобія (+/-)	Фонофобія (+/-)	Медикаменти (назва, дозування)	Нотатки (що спровокувало, інші симптоми, чи подіяв препарат і тд.)	Менструація (для жін.) (+/-)
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												

ПІБ: _____

Дата народження: _____

Місяць: _____

Рік: _____

День місяця	День тижня	Час початку	Тривалість (хв/год)	Інтенсивність (1-10 б.)	Локалізація болю	Нудота/блювання (+/-)	Аура (+/-)	Фотофобія (+/-)	Фонофобія (+/-)	Медикаменти (назва, дозування)	Нотатки (що спровокувало, інші симптоми, чи подіяв препарат і тд.)	Менструація (для жінок) (+/-)
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												

ПІБ: _____ Місяць: _____

Дата народження: _____ Рік: _____

День місяця	День тижня	Час початку	Тривалість (хв/год)	Інтенсивність (1-10 б.)	Локалізація болю	Нудота/блювання (+/-)	Аура (+/-)	Фотофобія (+/-)	Фонофобія (+/-)	Медикаменти (назва, дозування)	Нотатки (що спровокувало, інші симптоми, чи подіяв препарат і тд.)	Менструація (для жін.) (+/-)
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												

ПІБ: _____

Місяць: _____

Дата народження: _____

Рік: _____

День місяця	День тижня	Час початку	Тривалість (хв/год)	Інтенсивність (1-10 б.)	Локалізація болю	Нудота/блювання (+/-)	Аура (+/-)	Фотофобія (+/-)	Фонофобія (+/-)	Медикаменти (назва, дозування)	Нотатки (що спровокувало, інші симптоми, чи подіяв препарат і тд.)	Менструація (для жінок) (+/-)
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												

ПІВ: _____ Місяць: _____

Дата народження: _____ Рік: _____

День місяця	День тижня	Час початку	Тривалість (хв/год)	Інтенсивність (1-10 б.)	Локалізація болю	Нудота/блювання (+/-)	Аура (+/-)	Фотофобія (+/-)	Фонофобія (+/-)	Медикаменти (назва, дозування)	Нотатки (що спровокувало, інші симптоми, чи подіяв препарат і тд.)	Менструація (для жін.) (+/-)
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												

ПІБ: _____

Місяць: _____

Дата народження: _____

Рік: _____

День місяця	День тижня	Час початку	Тривалість (хв/год)	Інтенсивність (1-10 б.)	Локалізація болю	Нудота/блювання (+/-)	Аура (+/-)	Фотофобія (+/-)	Фонофобія (+/-)	Медикаменти (назва, дозування)	Нотатки (що спровокувало, інші симптоми, чи подіяв препарат і тд.)	Менструація (для жінок) (+/-)
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												

ПІБ: _____ Місяць: _____

Дата народження: _____ Рік: _____

День місяця	День тижня	Час початку	Тривалість (хв/год)	Інтенсивність (1-10 б.)	Локалізація болю	Нудота/блювання (+/-)	Аура (+/-)	Фотофобія (+/-)	Фонофобія (+/-)	Медикаменти (назва, дозування)	Нотатки (що спровокувало, інші симптоми, чи подіяв препарат і тд.)	Менструація (для жін.) (+/-)
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												

ПІБ: _____

Місяць: _____

Дата народження: _____

Рік: _____

День місяця	День тижня	Час початку	Тривалість (хв/год)	Інтенсивність (1-10 б.)	Локалізація болю	Нудота/блювання (+/-)	Аура (+/-)	Фотофобія (+/-)	Фонофобія (+/-)	Медикаменти (назва, дозування)	Нотатки (що спровокувало, інші симптоми, чи подіяв препарат і тд.)	Менструація (для жінок) (+/-)
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												

ПІБ: _____ Місяць: _____

Дата народження: _____ Рік: _____

День місяця	День тижня	Час початку	Тривалість (хв/год)	Інтенсивність (1-10 б.)	Локалізація болю	Нудота/блювання (+/-)	Аура (+/-)	Фотофобія (+/-)	Фонофобія (+/-)	Медикаменти (назва, дозування)	Нотатки (що спровокувало, інші симптоми, чи подіяв препарат і тд.)	Менструація (для жін.) (+/-)
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												

ПІБ: _____

Дата народження: _____

Місяць: _____

Рік: _____

День місяця	День тижня	Час початку	Тривалість (хв/год)	Інтенсивність (1-10 б.)	Локалізація болю	Нудота/блювання (+/-)	Аура (+/-)	Фотофобія (+/-)	Фонофобія (+/-)	Медикаменти (назва, дозування)	Нотатки (що спровокувало, інші симптоми, чи подіяв препарат і тд.)	Менструація (для жінок) (+/-)
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												

Ми дбаємо про безпеку пацієнтів.

З метою моніторингу впливу лікарського засобу на організм людини та визначення будь-яких змін співвідношення ризик/користь, в Teva діє система фармаконагляду.

Якщо у Вас є інформація щодо побічних реакцій (ПР), відсутності ефективності або будь-яких інших проблем, зумовлених застосуванням лікарських засобів виробництва компанії Teva, будь ласка, повідомте про це у наш відділ фармаконагляду будь-яким зручним для Вас способом.

Наші контакти:

Тел: +38 044 594 70 80

Моб: +38 050 462 17 67 (функція голосової пошти працює цілодобово)

Факс: +38 044 594 70 81

E-mail: Safety.Ukraine@teva.ua

