

Migrenesamtale - førstegangsbruker

Vi har for tiden et ekstra fokus på riktig bruk av utvalgte migrenemedisiner.

Kryss av for virkestoff og formulering som kunden henter:

	Tabletter	Smeltetablett	Nesespray	Injeksjon
Sumatriptan				
Naratriptan				
Zolmitriptan				
Rizatriptan				
Almotriptan				
Eletriptan				
Erenumab (Aimovig)				
Galkanezumab (Emgality)				
Fremanezumab (AJOVY)				
Andre legemidler mot migrene:				

Hvor ofte har du migrene i løpet av den siste måneden?	<input type="checkbox"/> 0-2 <input type="checkbox"/> 3-7 <input type="checkbox"/> 8 eller flere
Bruker du hodepinedagbok?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Har du vært borte fra jobb/skole/fritidsaktivitet på grunn av migrene den siste måneden?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvor mange? _____
Har du vært hos spesialist grunnet migrene?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Hvilken informasjon har du fått fra lege/spesialist om legemiddelet:	<input type="checkbox"/> Praktisk bruk <input type="checkbox"/> Mulige bivirkninger <input type="checkbox"/> Forventninger til effekt <input type="checkbox"/> Relevante interaksjoner
<i>(Tilpass informasjonen som gis etter kundens svar. Bruk faktaark for støtte.)</i>	
Har du noen bekymringer rundt bruk av den nye medisinen/medisinene? Hvis ja, hvilke?	
Er det noe annet du ønsker å snakke om når det gjelder medisiner dine? Noter stikkord	
Noteres etter ekspedisjon:	<input type="checkbox"/> Gitt tilpasset informasjon til kunde som sikrer riktig legemiddelbruk <input type="checkbox"/> Farmasøyt kontaktet lege <input type="checkbox"/> Kunde ble anbefalt å kontakte lege

Migrenesamtale - erfaren bruker

Vi har for tiden et ekstra fokus på riktig bruk av utvalgte migrenemedisiner.

Kryss av for virkestoff og formulering som kunden henter:

	Tabletter	Smeltetablett	Nesespray	Injeksjon
Sumatriptan				
Naratriptan				
Zolmitriptan				
Rizatriptan				
Almotriptan				
Eletriptan				
Erenumab (Aimovig)				
Galkanezumab (Emgality)				
Fremanezumab (AJOVY)				
Andre legemidler mot migrene:				

Hvor ofte har du migrene i løpet av den siste måneden?	<input type="checkbox"/> 0-2	<input type="checkbox"/> 3-7	<input type="checkbox"/> 8 eller flere
Hvor ofte bruker du anfallsmedisin (NSAIDs, paracet, triptaner)?	<input type="checkbox"/> 0-3	<input type="checkbox"/> 4-8	<input type="checkbox"/> 9 eller flere
Bruker kunden forebyggende behandling? Hvis ja: Etter at du begynte forebyggende behandling har du opplevd: <input type="checkbox"/> Færre anfall <input type="checkbox"/> Mildere anfall <input type="checkbox"/> Annet:			
Bruker du hodepinedagbok?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEI	
Har du vært borte fra jobb/skole/fritidsaktivitet på grunn av migrene den siste måneden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> Hvis ja, hvor mange? _____
Har du vært hos spesialist grunnet migrene?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEI	
Hvilken informasjon har du fått fra lege/spesialist om legemiddelet: <input type="checkbox"/> Praktisk bruk <input type="checkbox"/> Mulige bivirkninger <input type="checkbox"/> Forventninger til effekt <input type="checkbox"/> Relevante interaksjoner <i>(Tilpass informasjonen som gis etter kundens svar. Bruk faktaark for støtte.)</i>			
Hender det noen ganger at du ikke får tatt medisinen? - Omtrent hvor ofte skjer dette? - Hva tenker du selv kan være årsaken til dette? - Hva tenker du kan være en løsning?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> Hvis ja:
Har du noen bekymringer rundt bruk av medisinen/medisinene? Hvis ja, hvilke?			
Er det noe annet du ønsker å snakke om når det gjelder medisiner dine? Noter stikkord			
Noteres etter ekspedisjon:	<input type="checkbox"/> Gitt tilpasset informasjon til kunde som sikrer riktig legemiddelbruk		
	<input type="checkbox"/> Farmasøyt kontaktet lege		
	<input type="checkbox"/> Kunde ble anbefalt å kontakte lege		