

Žádanka k vyšetření

Centrum pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy

Oblastní nemocnice Náchod

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Telefonní kontakt na pacienta:

První příznaky bolestí hlavy (od kdy?):

Kdy bylo zobrazení mozku (CT či MR – ne starší než 10 let zpátky) a s jakým nálezem:

Počet dní v měsíci s bolestmi hlavy (MMD) za posledního půl roku (průměr), za poslední 3 měsíce, za poslední měsíc:

Akutní léčba bolesti (název léku, frekvence užívání – kolikrát denně, týdně, měsíčně...)

Profylaktická léčba (dříve a nyní, ne starší než 10 let zpátky), názvy preparátů, od kdy do kdy je bere či bral/a, přesné dávkování, pokud již nebere, tak důvod vysazení (intolerance či nedostatečný efekt), dále uvést alergie, příp. intolerance jiných léků než profylaktik migrény:

Centrum diagnostiky a léčby bolestí hlavy je určeno k upřesnění diagnózy a k nastavení optimální léčby, případně k dalšímu vedení léčby u některých pacientů. Pacient bude po přešetření dále léčen buď v centru pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy nebo bude předán do běžné ambulance praktického lékaře nebo ambulantního specialisty mimo Oblastní nemocnici Náchod.

Centrum je určeno především k diagnostice a léčbě chronických bolestí hlavy.

Nemocní, kteří mají krátkodobé obtíže (méně než šest měsíců), by měli být vyšetřeni a léčeni v ordinaci praktického lékaře nebo u ambulantního specialisty.

Bez vyplněné žádanky nebude vyšetření provedeno, případně při předání pacienta z jiného centra je potřeba výpisu z dokumentace.

Datum: Odesílající lékař, IČZ (razítko) + podpis