………………………………………………………. ……………………………, dnia………………………r.

Nazwa i adres podmiotu leczniczego Miejscowość

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Imię i nazwisko pacjenta:…………………………

PESEL:……………………………………………………..

Pozostaje pod opieką w poradni neurologicznej z powodu rozpoznania migreny przewlekłej zgodnie z aktualnym wydaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (ang. *International Classification of Headache Disorders*, ICHD).

Pacjent(-ka) przebył(-a) próbę leczenia profilaktycznego lekami:

▢ topiramat w dawce ……………………………….……..……….. w okresie……………………………………………………….……..

▢ kwas walproinowy w dawce ……………………….….…….. w okresie……………………………………………………….……..

▢ amitryptylina w dawce ……….………………..……..……….. w okresie…………………………………………….…………..…..

Nie stwierdzono skuteczności po zastosowaniu w/w leczenia w postaci zmniejszenia liczby dni z bólem głowy w miesiącu o przynajmniej 50% względem wartości sprzed rozpoczęcia leczenia.

Stwierdzono następujące przeciwwskazania do stosowania leku topiramat/kwas walproinowy/amitryptylina

…………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….

Stwierdzono brak tolerancji leku topiramat/kwas walproinowy/amitryptylina z powodu wystąpienia objawów

…………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….

………………………………………………….

Pieczątka i podpis lekarza