

טופס הכוונה להיוועצות עם נירולוג/ית

על הטיפול במיגרנות באנדומטריוזיס

בירור תסמינים

- אני מאובחנת באנדומטריוזיס (או חשד לאנדומטריוזיס) משנת _____ וסובלת מתסמיני המחלה _____ שנים, ביניהם _____.
- כחלק מהתסמינים, אני סובלת גם ממיגרנות _____ שנים.
- כאשר אני בהתקף, אני חווה כאב בעיקר באזור _____ בראש.

סמני V בתסמינים הרלוונטיים. לצד כל תסמין סמני את עוצמתו מ-1 עד 5:

1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> כאב חד-צדדי בראש
1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> כאב בשני צדי הראש
1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> רגישות לאור (פוטופוביה)
1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> כתמים שחורים ו/או הבזקי אור ונצנוצים
1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> רגישות לקול (פונופוביה)
1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> כאב פועם המדמה לחץ המופעל מבפנים
1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> כאב המדמה לחץ המופעל מבחוץ
1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> כאב עמום
1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> בחילות ו/או הקאות
1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> החמרה במאמץ גופני
1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> הפרעות תחושה ו/או תחושות עקצוץ
1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> חולשה
1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> חלק מהרגישויות מופיעות לפני הכאב

- **מחלות רקע נוספות לאנדומטריוזיס:** _____

השפעת המיגרנה

- כיום אני סובלת מכ _____ ימי כאב ראש בחודש.
- לרוב, אני חווה מיגרנה בעיקר סביב הביזץ או הווסת **כן / לא**
- כל התקף נמשך כ _____ שעות / ימים.
- המיגרנות פוגעות לי בחיי המשפחה והזוגיות / הקריירה / שעות הפנאי / לימודים.
- המיגרנה פוגעת בי ביכולת לטפל באנדומטריוזיס. **כן / לא**



טיפולים

- אני נוטלת דיכוי הורמונלי לטיפול באנדומטריוזיס? **לא / כן, פרטי איזה:** _____
- טיפולים קודמים שטופלתי בהם למיגרנה או לכאבי ראש חזקים:
 1. _____
 2. _____
 3. _____

שאלות כלליות לרופא/ה המומחה/ית

ממצאי הבדיקה

- האם את/ה מתרשם/ת שהתסמינים מצביעים על מיגרנה? _____
- האם את/ה מתרשם/ת שהתסמינים מצביעים על אאורה? _____
- האם יש צורך בבדיקות נוספות, ואילו? _____

טיפולים והמלצות להמשך

- האם הטיפול לאנדומטריוזיס שאני נוטלת עלול להחמיר את המיגרנה? _____
- איזה טיפול ניתן להציע לי למיגרנה מבלי להפסיק את הטיפול ההורמונלי לאנדומטריוזיס? _____
- מהי תקופת ההסתגלות הצפויה לטיפול המוצע? _____
- מהן תופעות הלוואי הצפויות? _____
- באיזה מקרים עליי להפסיק את הטיפול? _____
- מה לעשות במידה ויש החמרה? _____
- איזה טיפול משלים מומלץ למצבי? האם יש מטפלים מומלצים שעובדים איתך / עם הקופה?

<input type="checkbox"/> דיקור	<input type="checkbox"/> קנאביס רפואי
<input type="checkbox"/> שינוי תזונתי	<input type="checkbox"/> צמחי מרפא / תוספי תזונה
<input type="checkbox"/> נטרופתיה	<input type="checkbox"/> אחר: _____
- מתי לחזור למעקב? _____

הערות נוספות
