



CASE REPORT FORM (MADRE MIA)

Version. 30 de mayo de 2022

Cómo interpretar

Radio button

Este es un botón de opción. Solo una selección es posible dentro de un grupo.

Checkbox

Casilla de verificación. Puede haber múltiples selecciones dentro de un grupo.



Numerical (0.0 - 100.0 %)

Numérico. Es un cuadro de texto. La información adicional puede ser de valores mínimos y máximos, con decimales, unidades o esperado formatos para fechas, horas y decimales.

Visita 2

- ✓ Reintroducción de monoclonal o tratamiento preventivo (investigador).
- ✓ Reintroducción de monoclonal o tratamiento preventivo (paciente)* Opcional

2.Reintroducción de monoclonal o tratamiento preventivo (investigador)

Identificación

¿Ha iniciado el paciente algún tratamiento? No Si

Fecha de reinicio de tratamiento monoclonal u otro preventivo _____

Tipo de tratamiento Monoclonal Otro

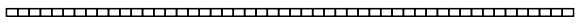
Especificar tratamiento monoclonal Eptinezumab Erenumab Fremanezumab Galcanezumab

Especificar tratamiento Ninguno Amitriptilina Betabloqueantes Bloqueos anestésicos Candesartán Flunaricina Gabapentina Lamotrigina Lisinopril Magnesio Pregabalina Riboflavina Topiramato Toxina botulínica Valproato Venlafaxina / desvenlafaxina Zonisamida Otro

Otro. Especifique. _____

Número de días con cefalea en el mes previo a la reintroducción de monoclonal u otro tratamiento preventivo (0 a 30) _____

Número de días con migraña el mes previo a la reintroducción de monoclonal u otro tratamiento preventivo (0 a 30) _____

Intensidad habitual de la cefalea en el mes previo a la reintroducción de monoclonal u otro tratamiento preventivo No dolor Peor dolor imaginable

 (Place a mark on the scale above)

Días de uso de analgésicos en el mes previo a la reintroducción de monoclonal u otro tratamiento preventivo

_____ (0 a 30)

Días de uso de triptanes el mes previo a la reintroducción de monoclonal u otro tratamiento preventivo

_____ (0 a 30)

Días de uso de opiáceos en el mes previo a la reintroducción de monoclonal u otro tratamiento preventivo

_____ (0 a 30)

2. Reintroducción de monoclonal o preventivo (paciente)

Estimado paciente,

Rogamos su colaboración para resolver el siguiente cuestionario. Recuerde que debe responder con total sinceridad y reflejar su experiencia en los últimos meses.

1) Iniciales del paciente _____

2) ¿Cuál es su impresión global de cambio?

- He mejorado muchísimo
 He mejorado mucho
 He mejorado mínimamente
 No he cambiado
 He empeorado mínimamente
 He empeorado mucho
 He empeorado muchísimo

Cuestionario de impacto Cefalea

| | Nunca (6 puntos) | Pocas veces (8 puntos) | A veces (10 puntos) | Muy a menudo (11 puntos) | Siempre (13 puntos) |
|---|-----------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|
| 3) En el último mes, ¿con qué frecuencia su dolor de cabeza es intenso? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4) En el último mes, ¿con qué frecuencia el dolor limita su capacidad para realizar sus actividades habituales (domesticas, trabajo, estudios, ocio)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5) En el último mes ¿con qué frecuencia, durante una cefalea desearía poder acostarse? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6) En el último mes ¿con qué frecuencia se ha sentido demasiado cansado para trabajar o realizar actividades diarias debido a su dolor de cabeza? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7) En el último mes ¿con qué frecuencia se ha sentido harto/a o irritado/a debido a su dolor de cabeza? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8) En el último mes, ¿con qué frecuencia el dolor de cabeza le ha dificultado para poder concentrarse en sus actividades? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

CUESTIONARIO MIDAS

- 9) ¿Cuántos días en los últimos 3 meses no ha podido ir a trabajar por su dolor de cabeza?
(si no lo sabe, multiplicar el último mes por 3)
- 10) ¿Cuántos días en los últimos 3 meses se redujo por la mitad su productividad en el trabajo o escuela por sus dolores de cabeza?
(si no lo sabe, multiplicar el último mes por 3)
- 11) ¿Cuántos días en los últimos 3 meses no ha realizado sus tareas domésticas por sus dolores de cabeza?
(si no lo sabe, multiplicar el último mes por 3)
- 12) ¿Cuántos días en los últimos 3 meses se redujo por la mitad su productividad en la realización de tareas domésticas por la presencia de dolores de cabeza?
(si no lo sabe, multiplicar el último mes por 3)
- 13) ¿Cuántos días en los últimos 3 meses se perdió actividades familiares, sociales o lúdicas por sus dolores de cabeza?
(si no lo sabe, multiplicar el último mes por 3)

Ahora debe centrarse en esos días que tiene un dolor de cabeza intenso o de características migrañosas. ¿Con qué frecuencia experimentas una sensación molesta en tu piel o empeoramiento del dolor al realizar alguna de estas acciones?:

| | No aplica (puntos: 0) | Nunca (puntos: 0) | Rara vez (puntos: 0) | A veces (puntos: 1) | Casi siempre (puntos: 2) |
|---|--------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------------|
| 14) Peinar tu cabello | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15) Tirar del pelo hacia atrás | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16) Afeitarte la cara | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17) Usar gafas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18) Usar lentillas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19) Usar pendientes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20) Usar collares | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21) Usar ropa ajustada | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22) Darte una ducha | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23) Apoyar tu cabeza o tu cara sobre una almohada | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24) Exposición al calor | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25) Exposición al frío | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |