



CASE REPORT FORM (CANDESPARTAN)

Version. 23 marzo 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 BASAL

- ✓ Visita Basal (investigador).
- ✓ Escalas HIT-6, HAD, Alodinia (paciente).

Investigador, completar el siguiente cuestionario:

Fecha de recogida de datos

Iniciales del paciente

(Utilizar mayúsculas)

Telefono

Fecha de nacimiento

Centro

- Hospital La Paz
- Hospital La Princesa
- Marqués de Valdecilla
- Hospital Clínico San Carlos
- Hospital de Donosti6,
- Hospital de La Palma
- Hospital Mutua Terrasa
- Hospital de Tudela (Navarra)
- Hospital Clínico de Valladolid

Numero de historia o ID del paciente

Sexo

- Hombre
- Mujer

Edad Inicio Cefalea

(años)

Edad al comenzar el tratamiento con Candesartan

(años)

Tipo de Migraña

- Episódica
- Crónica

Meses de evolución

(Expresado en numero de meses)

Peso

(kg)

Talla

(cm)

IBM _____

Fórmula de estimación del % Grasa Corporal _____

Existencia de Aura Yes No

Especifique Tipo de Aura _____

Tipo de Aura Predominante Visual Auditiva Sensorial Lenguaje Otra

Tipo de cefalea predominante Bilateral Unilateral 50% Bilateral y 50% Unilateral

Antecedente de ansiedad Yes No (MAP, Psiquiatra u otro facultativo)

Antecedente de depresión Yes No (MAP, Psiquiatra u otro facultativo)

Intensidad media habitual de la Cefalea  (Place a mark on the scale above)

Numero de días con cefalea en el último mes _____

Número de días con cefalea INTENSA al mes _____

Número de días en los que visitó urgencias en el último mes _____

Número de días de medicación sintomática AINES al mes _____

Número de días de uso de triptanes al mes _____

¿Cumple criterios de abuso de medicación? Yes No

¿El abuso es específico del consumo de analgésicos? Yes No

¿El abuso es específico del consumo de triptanes? Yes No

¿El abuso es específico del consumo de ambos? Yes No

Numero de tratamientos empleados previamente 0
 1
 2
 3
 4
 5

Tratamiento preventivo 1

1er tratamiento preventivo previo del participante, ya sea por fallo de tolerancia, de eficacia o ambos

Tratamiento preventivo previo - 1.
Dosis máxima tolerada o dosis máxima alcanzada

(mg)

Tratamiento preventivo previo - 1
meses que consumió el fármaco

Tratamiento preventivo previo - 1
Efecto adverso experimentado No
 Si
 Múltiples

Especifique

Respuesta reportada por parte del participante
(disminución del nº días dolor mes) 0%
 0-30%
 30-50%
 50-75%
 75>%

Tratamiento preventivo 2

2do tratamiento preventivo previo del participante, ya sea por fallo de tolerancia, de eficacia o ambos

Tratamiento preventivo previo - 2.
Dosis máxima tolerada o dosis máxima alcanzada

(mg)

Tratamiento preventivo previo - 2
meses que consumió el fármaco

Tratamiento preventivo previo - 2
Efecto adverso experimentado No
 Si
 Múltiples

Especifique

Respuesta reportada por parte del participante
(disminución del nº días dolor mes)

- 0%
 0-30%
 30-50%
 50-75%
 75>%

Tratamiento preventivo 3

3er tratamiento preventivo previo del participante, ya sea por fallo de tolerancia, de eficacia o ambos

Tratamiento preventivo previo - 3.
Dosis máxima tolerada o dosis máxima alcanzada

_____ (mg)

Tratamiento preventivo previo - 3
meses que consumió el fármaco

Tratamiento preventivo previo - 3
Efecto Adverso experimentado

- No
 Si
 Múltiples

Especifique

Respuesta reportada por parte del participante
(disminución del número de días de dolor mes)

- 0%
 0-30%
 30-50%
 50-75%
 75>%

Tratamiento preventivo 4

4to Tratamiento preventivo previo del participante, ya sea por fallo de tolerancia, de eficacia o ambos

Tratamiento preventivo previo - 4.
Dosis máxima tolerada o dosis máxima alcanzada

_____ (mg)

Tratamiento preventivo previo - 4
meses que consumió el fármaco

Tratamiento preventivo previo - 4
Efecto adverso experimentado

- No
 Si
 Múltiples

Especifique

Respuesta reportada por parte del participante
(disminución del número de días con dolor al mes)

- 0%
- 0-30%
- 30-50%
- 50-75%
- 75>%

Tratamiento preventivo 5

5to Tratamiento preventivo previo del participante, ya sea por fallo de tolerancia, de eficacia o ambos

Tratamiento preventivo previo - 5.
Dosis máxima tolerada o dosis máxima alcanzada

(mg)

Tratamiento preventivo previo - 5
meses que consumió el fármaco

Tratamiento preventivo previo - 5
Efecto adverso experimentado

- No
- Si
- Múltiples

Especifique

Respuesta reportada por parte del participante
(disminución del nº días dolor mes)

- 0%
- 0-30%
- 30-50%
- 50-75%
- 75>%

Especifique si hay otros tratamientos:

CONSTANTES VITALES

Tensión arterial sistólica en la visita basal

Tensión arterial diastólica en la visita basal

Frecuencia Cardíaca en la visita basal
