

Thomapyrin®

Das Thomapyrin® Kopfschmerz-Tagebuch

Thomapyrin® CLASSIC Schmerztabletten. Thomapyrin® INTENSIV. **Wirkstoffe:** CLASSIC Schmerztabletten: Acetylsalicylsäure, Paracetamol und Coffein. Für Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren bei akuten leichten bis mäßig starken Schmerzen. INTENSIV: Acetylsalicylsäure, Paracetamol und Coffein. Für Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren zur Behandlung von akuten Kopfschmerzen (z. B. Spannungskopfschmerzen) und Migräneanfällen (mit und ohne Aura). Schmerzmittel sollen längere Zeit oder in höheren Dosen nicht ohne Befragen des Arztes angewendet werden. Enthält Lactose. Verpackungsbeilage beachten. Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie die Packungsbeilage und fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker. Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, 65926 Frankfurt am Main. Stand: Juni 2017 (SADE.THOM2.17.04.1044)

Kopfschmerz-Tagebuch

*Medikamente zur Behandlung anderer Erkrankungen:

MONAT:

MONAT:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Hatten Sie heute eher schöne 1 oder eher 2 unerfreuliche Erlebnisse?	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2		
Wie lange dauerten Ihre Kopfschmerzen an?	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	
Wie lange war Ihr Leistungsvermögen behindert?	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	Std.	
Wie stark waren Ihre Kopfschmerzen?	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3			
Stark 1 Mittel 2 Leicht 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3			
Beschreiben Sie Ihren Schmerz!	Rechts 1 Links 2 Stirnmitte 3 Drückend 4 Andere 5	1 2 3	1 2 3																												
Übelkeit 1 Lichtempfindlichkeit 2 Andere 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3			
Haben Sie Medikamente genommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein				
Wenn Ja: Welche?* Wie viel? Wann?																															
Wie wirkten die Medikamente?	Gut 1 Mäßig 2 Schlecht 3	1 2 3	1 2 3																												

Kopfschmerz-Tagebuch

*Medikamente zur Behandlung anderer Erkrankungen:

MONAT:

MONAT:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Hatten Sie heute eher schöne 1 oder eher 2 unerfreuliche Erlebnisse?	1 2	1 2	1 2																												
Wie lange dauerten Ihre Kopfschmerzen an?	Std.	Std.	Std.	Std.																											
Wie lange war Ihr Leistungsvermögen behindert?	Std.	Std.	Std.	Std.																											
Wie stark waren Ihre Kopfschmerzen?	1 2 3	1 2 3																													
Stark 1 Mittel 2 Leicht 3	1 2 3	1 2 3																													
Beschreiben Sie Ihren Schmerz!	1 2 3 4 5																														
Rechts 1 Links 2 Stirnmitte 3 Drückend 4 Andere 5	1 2 3 4 5																														
Hatten Sie Begleitsymptome?	1 2 3	1 2 3																													
Übelkeit 1 Lichtempfindlichkeit 2 Andere 3	1 2 3	1 2 3																													
Haben Sie Medikamente genommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein																														
Wenn Ja: Welche?* Wie viel? Wann?																															
Wie wirkten die Medikamente?	1 2 3	1 2 3																													
Gut 1 Mäßig 2 Schlecht 3	1 2 3	1 2 3																													

Kopfschmerz-Tagebuch

*Medikamente zur Behandlung anderer Erkrankungen:

MONAT:

TAG	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
Hatten Sie heute eher schöne 1 oder eher 2 unerfreuliche Erlebnisse?	1 2	1 2																																		
Wie lange dauerten Ihre Kopfschmerzen an?	Std.	Std.																																		
Wie lange war Ihr Leistungsvermögen behindert?	Std.	Std.																																		
Wie stark waren Ihre Kopfschmerzen?	1 2 3																																			
Stark 1 Mittel 2 Leicht 3	1 2 3																																			
Beschreiben Sie Ihren Schmerz!	1 2 3 4 5																																			
Rechts 1 Links 2 Stirnmitte 3 Drückend 4 Andere 5	1 2 3 4 5																																			
Hatten Sie Begleitsymptome?	1 2 3																																			
Übelkeit 1 Lichtempfindlichkeit 2 Andere 3	1 2 3																																			
Haben Sie Medikamente genommen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein																																			
Wenn Ja: Welche?* Wie viel? Wann?																																				
Wie wirkten die Medikamente?	1 2 3	1 2 3	1 2 3																																	
Gut 1 Mäßig 2 Schlecht 3	1 2 3	1 2 3																																		