

Dzienniczek migreny

Imię i nazwisko:



SYNAPSA

Miesiąc i rok

Data urodzenia:

Lekarz prowadzący:

X NALEŻY ZAZNACZYĆ W DNIU, W KTÓRYM WYSTĄPIŁ BÓL GŁOWY		DNI MIESIĄCA																															
		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	
TYP BÓLU GŁOWY	MIGRENOWY																																
	NAPIĘCIOWY																																
	INNY:																																
NATĘŻENIE BÓLU	SIŁA BÓLU W SKALI 1-10*																																
CZAS TRWANIA BÓLU	LICZBA GODZIN																																
OBJAWY TOWARZYSZĄCE	NUDNOŚCI/WYMIOTY																																
	NADWRAŻLIWOŚĆ NA ŚWIATŁO/DŹWIĘK																																
	ZAWROTY GŁOWY																																
	ZABURZENIA MOWY																																
	DRĘTWIENIE CZĘŚCI CIAŁA																																
	AURA																																
	INNE...																																
PRZYJĘTE LEKI PRZECIWBÓLOWE/ PRZECIWMIGRENOWE	NAZWA I DAWKA PRZYJĘTEGO LEKU 1																																
	NAZWA I DAWKA PRZYJĘTEGO LEKU 2																																
	NAZWA I DAWKA PRZYJĘTEGO LEKU 3																																
EFEKT PRZYJĘTYCH LEKÓW	USTĄPIENIE BÓLU W CIĄGU 2 GODZIN																																
	ZMNIEJSZENIE BÓLU																																
	ZMNIEJSZENIE DOKUCZLIWOŚCI OBJAWÓW TOWARZYSZĄCYCH																																
CZYNNIK, KTÓRY MOŻE WYZWAŁAĆ MIGRENE**	LEKI																																
	UŻYWKI																																
	IŁOŚĆ SNU																																
	KRWAWIENIE MIESIĘCZNE/ OKRES OKOŁOMIESIĄCZKOWY																																
	POGODA																																
DIETA																																	

* - skala 1-10, gdzie 1 to ból o niewielkim nasileniu, a 10 to ból trudny do wytrzymania, bardzo silny
 ** - Przykładowe czynniki, które mogą wyzwać napady migreny