DZIENNIK MIGREN

Imię _____ Pesel _____

Nazwisko _____ Miesiąc i rok _____

Dzień		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
Dni z bólem głowy (zaznaczyć **X**)																																
Rodzaj bólu	Migrenowy																															
	Napięciowy																															
	Rozpierający																															
	Tętniący																															
Natężenie bólu, skala **0-10**																																
Czas trwania bólu w godzinach																																
Objawy	Aura																															
	Nudności/wymioty																															
	Dreszcze/poty																															
	Odrętwienie/mrowienie																															
	Zawroty głowy																															
	Nadwrażliwość																															
	Dzwiękowstręt																															
	Światłowstręt																															
	Inne:																															
Przyjęte leki przeciwbólowe, przeciwmigrenowe (sztuk)	Nazwa/mg																															
	Nazwa/mg																															
	Nazwa/mg																															
Efekty przyjętych leków	Ustąpienie bólu w ciągu 2 godzin																															
	Zmniejszenie objawów do																															
	Zmniejszenie bólu																															