

# Dzienniczek bólów głowy

<b>Imię</b>	ANNA
<b>Nazwisko</b>	NOWAK
<b>Numer telefonu</b>	123 456 789

<b>Miesiąc/rok:</b>		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
---------------------	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

<b>Dni z bólem głowy</b>	<b>Należy zaznaczyć × w dniu, w którym wystąpił ból</b>	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	
<b>Typ bólu głowy</b>	Migrenowy				×	×				×	×								×	×							×	×	×	×			
	Napięciowy				×	×				×	×								×	×							×	×	×	×			
	Inny:.....													×																			
<b>Natężenie bólu</b>	Siła bólu (w skali 1-10)*				8	7			7	5	9	7	3	3			8	6	2	2							7	7	4	3	3		
<b>Czas trwania napadu bólu</b>	Liczba godzin				24	12			24	8	18	10	6	6			24	10	4	4							12	8	4	4	4		
<b>Objawy towarzyszące</b>	Nudności/wymioty				×	×			×										×	×						×							
	Nadwrażliwość na światło, zapach, dźwięk				×				×										×	×							×						
	Dreptwienie i/lub mrowienie różnych części ciała																																
	Dreszcze, poty																																
	Zawroty głowy																																
	Zaburzenia mowy																																
	Aura																																
	Inne:.....																																
		LEK 1, 500 mg Nazwa i dawka przyjętego LEKU 1				3	2							3	2				3	2													
		LEK 2, 2,5 mg Nazwa i dawka przyjętego LEKU 2				2								2					2														
	..... Nazwa i dawka przyjętego LEKU 3																																
<b>Informacja o efekcie przyjmowanych leków przeciwbólowych/ przeciwmigrenowych</b>	Ustąpienie bólu w ciągu 2 godzin																																
	Zmniejszenie bólu				×	×							×							×													
	Zmniejszenie dokuczliwości objawów towarzyszących				×	×													×														
<b>Czynnik mogący wyzwać napad migreny**</b>	Leki:.....																																
	Użytki: WINO																																
	Nieregularny tryb życia:.....																																
	Krwawienie miesięczne i/lub okres okołomiesiączkowy													×	×	×	×																
	Czynniki atmosferyczne: ZMIANA POGODY																									×	×						
	Dieta:.....																																

\* 1 – ból o niewielkim nasileniu, 10 – bardzo silny, trudny do wytrzymania ból.  
 \*\* Przykładowe czynniki mogące wyzwać napady migreny: leki, np. doustne środki antykoncepcyjne, nitraty; używki, np. alkohol (najczęściej czerwone wino); nieregularny tryb życia, np. zbyt krótki lub zbyt długi sen, nieregularne posiłki lub ich brak; czynniki atmosferyczne, np. zmiana ciśnienia atmosferycznego, nagła zmiana pogody; dieta, np. czekolada, wysokogatunkowe sery, niektóre owoce cytrusowe, orzechy, inne.