

Dane pacjenta	Imię	
	Nazwisko	
	Numer telefonu	

Dzienniczek migrenowy

Miesiąc/rok:	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	
Dni z bólem głowy	Należy zaznaczyć X w dniu w którym wystąpił ból głowy																																
Typ bólu głowy	Migrenowy																																
	Napięciowy																																
	Inny:																																
Natężenie bólu	Siła bólu (w skali 1–10)*																																
Czas trwania napadu bólu	Liczba godzin																																
Objawy towarzyszące	Nudności/wymioty																																
	Nadwrażliwość na światło, zapach, dźwięk																																
	Drętwienie i/lub mrowienie różnych części ciała																																
	Dreszcze, poty																																
	Zawroty głowy																																
	Zaburzenia mowy																																
	Aura																																
Inne																																	
Przyjęte doraźnie leki przeciwbólowe/ przeciwmigrenowe	 Nazwa i dawka przyjętego LEKU 1	Liczba przyjętych tabletek LEKU 1																															
	 Nazwa i dawka przyjętego LEKU 2	Liczba przyjętych tabletek LEKU 2																															
	 Nazwa i dawka przyjętego LEKU 3	Liczba przyjętych tabletek LEKU 3																															
Informacja o efekcie przyjmowanych leków przeciwbólowych/ przeciwmigrenowych	Ustąpienie bólu w ciągu 2 godzin																																
	Zmniejszenie bólu																																
	Zmniejszenie dokuczliwości objawów towarzyszących																																
Czynnik mogący wyzwać napad migreny**	Leki																																
	Użytki																																
	Nieregularny tryb życia																																
	Krwawienie miesięczne i/lub okres okołomiesiączkowy																																
	Czynniki atmosferyczne																																
	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; Użytki 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;

Dane pacjenta	Imię	HALINA
	Nazwisko	KOWALSKA
	Numer telefonu	123 456 789

Dzienniczek migrenowy

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