

DANE PACJENTA

Imię

Nazwisko

Numer telefonu

Dzienniczek bólów głowy

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	SUMA
Dni z bólem głowy	Należy zaznaczyć × w dniu, w którym wystąpił ból				×	×			×	×		×	×	×	×			×	×	×	×						×	×	×	×	×		
Typ bólu głowy	Migrenowy				×	×			×	×		×	×					×	×								×	×					10
	Napięciowy													×	×														×	×	×		5
	Inny:																			×	×												2
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				×	×			×			×															×						tak
	Nadwrażliwość na światło, zapach, dźwięk				×				×									×	×	×							×	×					tak
	Drętwienie i/lub mrowienie różnych części ciała																																
	Dreszcze, poty																																
	Zawroty głowy				×							×						×									×						tak
	Zaburzenia mowy																																
	Aura				×	×												×															tak
	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					22
	LEK 2, 2,5 mg Nazwa i dawka przyjętego LEKU 2				2							2						2									2						8
	 Nazwa i dawka przyjętego LEKU 3																																
Informacja o efekcie przyjmowanych leków przeciwbólowych/ przeciwmigrenowych	Ustąpienie bólu w ciągu 2 godzin																																
	Zmniejszenie bólu				×			×				×							×									×					tak
	Zmniejszenie dokuczliwości objawów towarzyszących				×			×										×															tak
Czynnik mogący wyzwać napad migreny**	Leki:																																
	Użytki: WINO				×																												tak
	Nieregularny tryb życia:																																
	Krwawienie miesięczne i/lub okres okołomiesiączkowy														×	×	×	×															tak
	Czynniki atmosferyczne: ZMIANA POGODY																									×	×						tak
	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

Nazwisko

Numer telefonu

Dzienniczek bólów głowy

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	SUMA	
Dni z bólem głowy	Należy zaznaczyć × w dniu, w którym wystąpił ból																																		
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.

NPS-PL-NP-01405-03-25