

miesiąc		imię i nazwisko																		PESEL													
DNI Z BÓLEM GŁOWY	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	suma
	należy wpisać X w dniu z bólem głowy																																
TYP BÓLU GŁOWY należy wpisać X przy właściwym określeniu	migrenowy																																
	napięciowy																																
	rozpierający																																
	tętniący																																
NATĘŻENIE BÓLU należy wpisać wartość od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 najsilniejszy ból	ból w skali 0-10																																
CZAS TRWANIA BÓLU	godzina rozpoczęcia bólu																																
	czas trwania bólu w godzinach																																
OBJAWY TOWARZYSZĄCE należy wpisać X przy występujących objawach	nudności/wymioty																																
	nadwrażliwość na światło/dźwięk/zapach																																
	dreszcze/poty																																
	zawroty głowy																																
	zaburzenia mowy																																
	drętwienie ręki, nogi																																
	aura																																
	inne																																
PRZYJMOWANE DORAŻNIE LEKI PRZECIWBÓLOWE/ PRZECIWMIGRENOWE należy wpisać nazwę przyjętego leku w czasie napadu, dawkę oraz liczbę przyjętych tabletek i należy wpisać X w dniu, w którym dany lek został przyjęty	nazwa																																
	dawka																																
	liczba przyjętych tabletek																																
	nazwa																																
	dawka																																
	liczba przyjętych tabletek																																
	nazwa																																
	dawka																																
	liczba przyjętych tabletek																																
	nazwa																																
	dawka																																
	liczba przyjętych tabletek																																
EFEKT PRZYJMOWANYCH DORAŻNIE LEKÓW PRZECIWBÓLOWYCH/ PRZECIWMIGRENOWYCH należy wypełnić zgodnie z opisem	ustąpienie bólu (T/N) lub utrzymujący się ból (w skali 1-10)																																
	po jakim czasie nastąpiła poprawa w godzinach																																
	ustąpienie (T/N) lub zmniejszenie (Z) objawów towarzyszących																																

miesiąc	wrzesień	imię i nazwisko		Jan Kowalski																	PESEL												
DNI Z BÓLEM GŁOWY	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	suma
	należy wpisać X w dniu z bólem głowy	X								X																							
TYP BÓLU GŁOWY należy wpisać X przy właściwym określeniu	migrenowy																																
	napięciowy	X								X																							
	rozpierający																																
	tętniący									X																							
NATĘŻENIE BÓLU należy wpisać wartość od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 najsilniejszy ból	ból w skali 0-10	8								7																							
CZAS TRWANIA BÓLU	godzina rozpoczęcia bólu	14:00								9:00																							
	czas trwania bólu w godzinach	4								6																							
OBJAWY TOWARZYSZĄCE należy wpisać X przy występujących objawach	nudności/wymioty																																
	nadwrażliwość na światło/dźwięk/zapach																																
	dreszcze/poty	X																															
	zawroty głowy									X																							
	zaburzenia mowy																																
	drętwienie ręki, nogi																																
	aura																																
	inne																																
PRZYJMOWANE DORAŻNIE LEKI PRZECIWBÓŁOWE/ PRZECIWMIGRENOWE należy wpisać nazwę przyjętego leku w czasie napadu, dawkę oraz liczbę przyjętych tabletek i należy wpisać X w dniu, w którym dany lek został przyjęty	nazwa „Z”	X																															
	dawka 50 mg																																
	liczba przyjętych tabletek 4																																
	nazwa „Y”									X																							
	dawka 50 mg																																
	liczba przyjętych tabletek 3																																
	nazwa																																
	dawka																																
	liczba przyjętych tabletek																																
	nazwa																																
	dawka																																
	liczba przyjętych tabletek																																
EFEKT PRZYJMOWANYCH DORAŻNIE LEKÓW PRZECIWBÓŁOWYCH/ PRZECIWMIGRENOWYCH należy wypełnić zgodnie z opisem	ustąpienie bólu (T/N) lub utrzymujący się ból (w skali 1-10)	T								4																							
	po jakim czasie nastąpiła poprawa w godzinach	1								2																							
	ustąpienie (T/N) lub zmniejszenie (Z) objawów towarzyszących	T								Z																							