

Imię i nazwisko	Jan Kowalski							PESEL														miesiąc	wrzesień										
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
	<i>należy wpisać X w dniu z bólem głowy</i>	X								X																							
TYP BÓLU GŁOWY <i>należy wpisać X przy właściwym określeniu</i>	migrenowy																																
	napięciowy	X								X																							
	rozpierający																																
	tętniący									X																							
NATĘŻENIE BÓLU <i>należy wpisać wartość od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 najsilniejszy ból</i>	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 <i>należy wpisać X przy występujących objawach</i>	nudności/wymioty																																
	nadwrażliwość na światło/dźwięk/zapach																																
	dreszcze/poty	X																															
	zawroty głowy										X																						
	zaburzenia mowy																																
	drętwienie ręki, nogi																																
	aura																																
inne																																	
PRZYJMOWANE DORAŻNIE LEKI PRZECIWBÓLOWE/ PRZECIWMIGRENOWE <i>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</i>	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 LEKÓW PRZECIWBÓLOWYCH/ PRZECIWMIGRENOWYCH <i>należy wypełnić zgodnie z opisem</i>	ustąpienie bólu (T/N) lub utrzymujący się ból (w skali 1-10)	T								4																							
	po jakim czasie nastąpiła poprawa (w godz.)	1								2																							
	ustąpienie (T/N) lub zmniejszenie (Z) objawów towarzyszących	T								Z																							

Przykładowy opis prawidłowo wypełnionego dzienniczka z jednego dnia z bólem głowy