

Imię i nazwisko		PESEL																				miesiąc												
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>																																
TYP BÓLU GŁOWY <i>należy wpisać X przy właściwym określeniu</i>	migrenowy																																	
	napięciowy																																	
	rozpierający																																	
	tętniący																																	
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																																	
CZAS TRWANIA BÓLU	godzina rozpoczęcia bólu																																	
	czas trwania bólu w godzinach																																	
OBJAWY TOWARZYSZĄCE <i>należy wpisać X przy występujących objawach</i>	nudności/wymioty																																	
	nadwrażliwość na światło/dźwięk/zapach																																	
	dreszcze/poty																																	
	zawroty głowy																																	
	zaburzenia mowy																																	
	drętwienie ręki, nogi																																	
	aura																																	
	inne																																	
PRZYJMOWANE DORAŻNIE LEKI PRZECIWBÓLOWE/ PRZECIWMIGRENOWE	nazwa																																	
	dawka																																	
	liczba przyjętych tabletek																																	
	nazwa																																	
	dawka																																	
	liczba przyjętych tabletek																																	
	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)																																	
	po jakim czasie nastąpiła poprawa (w godz.)																																	
	ustąpienie (T/N) lub zmniejszenie (Z) objawów towarzyszących																																	