

DZIENNICZEK MIGRENY



1 Dawka leku	2 Dawka leku	3 Dawka leku	4 Dawka leku	5 Dawka leku	6 Dawka leku	7 Dawka leku
8 Dawka leku	9 Dawka leku	10 Dawka leku	11 Dawka leku	12 Dawka leku	13 Dawka leku	14 Dawka leku
15 Dawka leku	16 Dawka leku	17 Dawka leku	18 Dawka leku	19 Dawka leku	20 Dawka leku	21 Dawka leku
22 Dawka leku	23 Dawka leku	24 Dawka leku	25 Dawka leku	26 Dawka leku	27 Dawka leku	28 Dawka leku
29 Dawka leku	30 Dawka leku	31 Dawka leku	Uwagi:			

Imię i nazwisko:

.....
.....

Wiek:

.....

Nasilenie bólu w skali od 0 do 10,
gdzie 0 oznacza brak bólu,
a 10 najgorszy możliwy ból:

- 10 Najgorszy możliwy ból
- 0 Brak bólu

Przyjęty lek:

Rx Lek przeciwbólowy na receptę

OTC Lek przeciwbólowy bez recepty

T Tryptany

Liczba dni z przyjmowanymi:

tryptanami..... /msc

lekami Rx..... /msc

lekami OTC..... /msc

Liczba dni bez bólu /msc

Liczba dni/miesiąc

- na zwolnieniu lekarskim/ msc
- w których zrezygnowano codziennej aktywności...../msc
- w których zrezygnowano z wyjątkowych wydarzeń, uroczystości, podróży...../msc