



Imię i nazwisko: _____ Okres: od _____ do _____

DLA KOGO I PO CO?

Dzienniczek jest przeznaczony dla osób z nawracającymi bólami głowy – nie tylko dla chorych na migrenę. Codzienne zapisy pomagają ocenić częstość i nasilenie bólu, stosowanie leków oraz efekty leczenia. Wpisuj również dni bez bólu.

JAK WYPEŁNIAĆ KARTY?

- 1. Data i ból** Wpisz datę. Zaznacz T (tak) lub N (nie) w kolumnie „Ból”.
- 2. Podejrzenie migreny** T / N / ? (nie wiem). To nie jest rozpoznanie. Ostatecznej oceny dokonuje lekarz.
- 3. NRS i czas** NRS: 0 = brak bólu, 10 = najsilniejszy wyobrażalny. Zapisz największe nasilenie i liczbę godzin bólu.
- 4. Cechy / objawy** J – jednostronny; P – pulsujący; R – nasila się przy ruchu; N – nudności; W – wymioty; Ś – światłowstręt; D – dźwiękowstręt; A – aura.
- 5. Lek doraźny** Zapisz nazwę, dawkę, liczbę dawek i efekt (P – pomógł; C – częściowo; B – bez efektu). Jeśli nie przyjęto leku, wpisz kreskę.
- 6. Funkcjonowanie** 0 – bez ograniczeń; 1 – utrudniona aktywność; 2 – przerwana praca, nauka lub codzienne czynności.
- 7. Krótsze miesiące** W miesiącach mających mniej niż 31 dni nieistniejące daty pozostaw puste.

DODATKOWA INFORMACJA - PROGRAM LEKOWY B.133

Jeżeli rozważana jest kwalifikacja do programu leczenia migreny przewlekłej, trzy kolejne miesiące dokumentacji mogą być istotne w ocenie przebiegu choroby. Sam dzienniczek nie oznacza kwalifikacji do programu. Lekarz ocenia wszystkie aktualne kryteria.



Miesiąc / rok: _____

Imię i nazwisko: _____

Dzień	Data	Ból T/N	Podejrzenie migreny T/N/?	NRS 0-10	Godz. bólu	Cechy / objawy J P R N W Ś D A	Lek doraźny / dawka / liczba	Efekt P/C/B	Funkcj. 0/1/2
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									

Uwagi (np. nietypowy objaw, miesiączka, dodatkowa dawka leku):

W krótszych miesiącach pomiń nieistniejące daty. Na wizytę przynieś wszystkie wypełnione karty.



Miesiąc / rok: _____

Imię i nazwisko: _____

Dzień	Data	Ból T/N	Podejrzenie migreny T/N/?	NRS 0-10	Godz. bólu	Cechy / objawy J P R N W Ś D A	Lek doraźny / dawka / liczba	Efekt P/C/B	Funkcj. 0/1/2
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

Uwagi (np. nietypowy objaw, miesiączka, dodatkowa dawka leku):

W krótszych miesiącach pomiń nieistniejące daty. Na wizytę przynieś wszystkie wypełnione karty.



Miesiąc / rok: _____

Imię i nazwisko: _____

Dzień	Data	Ból T/N	Podejrzenie migreny T/N/?	NRS 0-10	Godz. bólu	Cechy / objawy J P R N W Ś D A	Lek doraźny / dawka / liczba	Efekt P/C/B	Funkcj. 0/1/2
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									

Uwagi (np. nietypowy objaw, miesiączka, dodatkowa dawka leku):

W krótszych miesiącach pomiń nieistniejące daty. Na wizytę przynieś wszystkie wypełnione karty.



Miesiąc / rok: _____

Imię i nazwisko: _____

Dzień	Data	Ból T/N	Podejrzenie migreny T/N/?	NRS 0-10	Godz. bólu	Cechy / objawy J P R N W Ś D A	Lek doraźny / dawka / liczba	Efekt P/C/B	Funkcj. 0/1/2
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

Uwagi (np. nietypowy objaw, miesiączka, dodatkowa dawka leku):

W krótszych miesiącach pomiń nieistniejące daty. Na wizytę przynieś wszystkie wypełnione karty.



Miesiąc / rok: _____

Imię i nazwisko: _____

Dzień	Data	Ból T/N	Podejrzanie migreny T/N/?	NRS 0-10	Godz. bólu	Cechy / objawy J P R N W Ś D A	Lek doraźny / dawka / liczba	Efekt P/C/B	Funkcj. 0/1/2
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									

Uwagi (np. nietypowy objaw, miesiączka, dodatkowa dawka leku):

W krótszych miesiącach pomiń nieistniejące daty. Na wizytę przynieś wszystkie wypełnione karty.



Miesiąc / rok: _____

Imię i nazwisko: _____

Dzień	Data	Ból T/N	Podejrzenie migreny T/N/?	NRS 0-10	Godz. bólu	Cechy / objawy J P R N W Ś D A	Lek doraźny / dawka / liczba	Efekt P/C/B	Funkcj. 0/1/2
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

Uwagi (np. nietypowy objaw, miesiączka, dodatkowa dawka leku):

W krótszych miesiącach pomiń nieistniejące daty. Na wizytę przynieś wszystkie wypełnione karty.