

Centro Medicina delle Cefalee

Info 3494949255 18-20

Email: medicinadellecefale@gmail.com

ДНЕВНИК ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Фамилия и Имя _____

Дата Рождения: _____

Телефон: _____

Адрес электронной почты: _____

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ

Дни недели

Укажите начальные буквы дней недели (П= Понедельник, В= Вторник, и т.д) в графе первого ряда дневника головной боли поверх дат.

Укажите в таблице интенсивность головной боли (от 0 до 10) на все своем протяжении

НЕТ БОЛИ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	СИЛЬНАЯ БОЛЬ
		ЛЕГКАЯ			СРЕДНЯЯ			СИЛЬНАЯ				

УКАЖИТЕ БУКВОЙ -С- часы сна

АССОЦИИРОВАННЫЕ СИМПТОМЫ: отметьте -Х- в соответствующей графе, симптомы сопровождающие приступы головной боли: рвота, тошнота, непереносимость света, шума, запаха.

Если до или во время приступа головной боли, возникает такое явление как АУРА (визуальные симптомы, покалывание в руке или лице, нарушения речи) укажите А: до головной боли в схеме с квадратами и уточните длительность симптомов.

УКАЖИТЕ В СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ГРАФЕ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ГОЛОВНОЙ БОЛИ:

Сп справа, Сл слева, Д если головная боль диффузная.

УКАЖИТЕ В СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ГРАФЕ СХЕМЫ:

П если головная боль пульсирующего характера; Н если головная боль напряжения; Др или головная боль другого характера.

УКАЖИТЕ -Х- ЕСЛИ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ ОБЫЧНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ .

УКАЖИТЕ (ЗДЕСЬ) СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ (ПОЛНОЕ НАИМЕНОВАНИЕ):

Инициалы препарата _____

Дозы препарата за 24 часа _____

График приема препарата _____

FATTORI SCATENANTI: compilare se il mal di testa è scatenato da alcuni fattori quali cibo, stress, cambiamenti climatici, etc.

ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ: заполните если головная боль была вызвана такими факторами как еда климатические изменения, стресс и др.

УКАЖИТЕ В СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ГРАФЕ СХЕМЫ:

М ДНИ МЕНСТРУАЦИИ

К ДНИ ПРИЕМА ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ (КОК)

Medicina delle Cefalee

И М Я ХХХХ

Дата рождения **XXXX**

Месяц XXXX

Год XXXX

[illegible]

Ассоциированные симптомы

[illegible]

Характеристика ГБ

[illegible]

Препараты применяются при необходимости

[illegible]

Укажите триггеры ГБ

[illegible]

Укажите буквой М дни менструального цикла и буквой К дни приема пероральных контрацептивов

[illegible]

Agenda Cefaleei – Instructuini – Medicina delle Cefalee

И М Я ХХХХ

Дата рождения xxxx

Месяц XXXX

Год xxxx

[illegible]

РЕЗЮМЕ введенных доз симптоматических препаратов Количество доз / МЕСЯЦ

Месяц	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	TOT
январь (A)																															
(T)																															
февраль (A)																															
(T)																															
март (A)																															
(T)																															
апрель (A)																															
(T)																															
май (A)																															
(T)																															
июнь (A)																															
(T)																															
июль (A)																															
(T)																															
август (A)																															
(T)																															
сентябрь (A)																															
(T)																															
октябрь (A)																															
(T)																															
ноябрь (A)																															
(T)																															
декабрь (A)																															
(T)																															

NB: Укажите инициалами коммерческое название триптана (T) и/или примененного анальгетика (A) в каждом месяце, вставляя в соответствующей графе