

Centro Medicina de Cefaleias

Info: tel 349 4949255 ore 18-20
E.mail: medicinadellecedalee@gmail.com

DIÁRIO DA CEFALEIA

Nome e sobrenome: _____

Data de nascimento: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

DIA DA SEMANA

Coloque as iniciais do dia da semana (D=Domingo, S= segunda-feira, etc.) nos boxes da primeira linha em cima dos números dos dias do mês.

Anote a intensidade da dor de cabeça (0 a 10) enquanto ela estiver durando como abaixo

SEM DOR	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DOR FORTE
	DOR FRACA			DOR MODERADA			FOR FORTE					

COLOQUE "S" NAS HORAS DE SONO

SINTOMAS ASSOCIADOS: marque com X no box apropriado se estiver sentindo os sintomas que ocorrem durante a crise: náusea, vômito, intolerância a luz, a barulho, a odores

Se, antes ou durante a cefaleia ocorrer o fenômeno AURA (sintomas visuais, dormência nos braços ou na face, dificuldade para falar), favor anotar: "A" antes de dar a nota ao valor da cefaleia no desenho anexo, anotar a duração desses sintomas.

MARQUE NO BOX APROPRIADO O LADO ONDE DÓI: D = LADO DIREITO; E = LADO ESQUERDO, DE = DOR BILATERAL.

ANOTAR NOS BOXES APROPRIADOS:

PU = dor pulsátil; AP = aperto ou compressiva, O = outro tipo

Marque com um X se a dor piora com movimentos (exemplo. abaixar-se, subir escadas)

ESCREVA AQUI OS MEDICAMENTOS USADOS PARA ABATER A CRISE (O NOME INTEIRO):

Medicamento _____

Tomadas em 24 horas _____

Horários das tomadas _____

DESENCADEANTES: ANOTAR SE FOR O CASO (ALIMENTOS, ESTRESSE, MENSTRUACÃO, mudanças climáticas)

ANOTAR NOS BOXES APROPRIADOS:

M os dias de menstruação

P os dias que tomou pílula anti-concepcional

**RESUMO DAS DOSES ODS MEDICAMENTOS PARA DOR (SE FOREM TOMADOS
DOSES / MÊS**

Mês	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	
JANEIRO (A)																																
(T)																																
FEVEREIRO(A)																																
(T)																																
MARÇO (A)																																
(T)																																
ABRIL (A)																																
(T)																																
MAIO (A)																																
(T)																																
JUNHO (A)																																
(T)																																
JULHO (A)																																
(T)																																
AGOSTO (A)																																
(T)																																
SETEMBRO(A)																																
(T)																																
OUTUBRO (A)																																
(T)																																
NOVEMBRO (A)																																
(T)																																
DEZEMBRO (A)																																
(T)																																

Obs: Entre a inicial do nome comercial da triptana (T) e / ou analgésico (A) tomado a cada mês no box apropriado