

# DZIENNICZEK MIGRENY



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

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