Baş ağrısı takvimi

DEUTSCHE MIGRÄNE- UND KOPFSCHMERZ-GESELLSCHAFT

Lütfen baş ağrısına karşı kullandığınız ilaçları yazın:

A:_____

B:_____

C:_____

Ağrı seviyesi: 0-10 Puan
(0= agrı yok, 10= çok şiddetli)

Ön belirti:
P Parıltı görmek
H Hıs sorunu (karıncalanma)
K Konuşma engeli
B Başka semptom:
_____
✱ Bir başka semptom daha:
_____

Ağrı süresi:
Kaç saat sürüyor? Lütfen belirtin

Ağrınızın nedeni
1. Heyecan / stres
2. Dinlenme dönemi
3. Uyku düzeni bozukluğu
4. Regl / adet
5. Size özel semptom

_____

6. Başka size özel semptom

_____

Başka semptomlar:
Gy Gözyaşı
Gk Göz kızarması
Bu Burun akma / tıkanıklığı

Ay_____

Ağrı türü ve yeri									Semptomlar							Sayı	Faydası oldumu?			
Gün	Neden	Seviye	Süre (s)	Zonklamak/ bıçak gibi	Baskı/ Ağırlık	Tek taraflı	İki taraflı	Ön belirti	Kusmak	Bulantı	Sese karşı hassas	Işıga karşı hassas	Kokulara karşı hassas	Başka semptom	İlaç	Damla / Hap / Fitil	Evet	Hayır	Az	Gün
1																				1
2																				2
3																				3
4																				4
5																				5
6																				6
7																				7
8																				8
9																				9
10																				10
11																				11
12																				12
13																				13
14																				14
15																				15
16																				16
17																				17
18																				18
19																				19
20																				20
21																				21
22																				22
23																				23
24																				24
25																				25
26																				26
27																				27
28																				28
29																				29
30																				30
31																				31