Calendário de Dor-de-Cabeça *(Download unter http://dmkg.de/node/30)*

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft

www.dmkg.de

Por favor anote os medicamentos que você toma para dor-de-cabeça:

A:_____

B:_____

C:_____

Mês_____

Intensidade da dor: 0-10 Pontos
(0= sem dores, 10= a dor mais intensa)

Precursores:
F Tremulação da vista
G Formigamento, Dormência de membros
S Distúrbios da fala
❍ Outros sintomas:
_____
✱ Ainda outro sintoma:
_____

Duração da dor:
Entre o valor em horas

O que provocou a dor
1 Excitação/Stress
2. Fase de descanso
3.Modificação do Ritmo de dormir/acordar
4. Menstruação
5. „Iniciador“ pessoal
_____
6. Outro fator iniciador
_____

Outros sintomas paralelos:
T Lágrimas
R Olhos vermelhos
N Nariz escorrendo ou entupido

Tipo e localização da dor									Sintomas							Quantidade	O medicamento ajudou?			
Dia	O que provocou	Intensidade	Duração (h)	Latejamento / dor aguda	„surda“ / pressão	De um só lado	Ambos os lados	Precursores	Vômito	Mal-estar	Sensível a luzes	Sensível a barulhos	Sensível a odores	Outros sintomas	Medicamento	Gotas / Comprimidos / Supositório	Sim	Não	Pouco	Dia
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