Ημερολόγιο κεφαλαλγίας

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft

Παρακαλούμε σημειώστε τα φάρμακα που χρησιμοποιείτε όταν έχετε πονοκέφαλο:

A:_____

B:_____

C:_____

Ένταση πόνου: 0-10 βαθμοί
(0= κανένας πόνος, 10= μέγιστη ένταση πόνου)

Πρόδρομοι:
F Φωταψίες
G Παραισθήσεις (μυρμηκίαση, μούδιασμα)
S Διαταραχές λόγου
❍ Άλλο σύμπτωμα:
_____
✱ επιπλέον σύμπτωμα:
_____

Διάρκεια πόνου:
Σημειώστε την διάρκεια σε ώρες

Αφορμές που προκαλούν τον πόνο σας
1. Άγχος/Στρες
2. Περίοδος χαλάρωσης
3. Αλλαγές στον ρυθμό ύπνου
4. Εμμηνορροϊκή κύκλος
5. Άλλος παράγοντας
_____
6. Επιπλέον παράγοντας
_____

Άλλα συμπτώματα:
T Δάκρυσμα ματιών
R Κοκκίνισμα ματιών
N Καταρροή / Βούλωμα μύτης

Μήνας_____

Περιγραφή/Χαρακτήρας πόνου									Παράλληλα συμπτώματα							Αριθμός	Σας βοήθησε το φάρμακο;			
Ημέρα	Αφορμή	Ένταση	Διάρκεια (ώρες)	παλλόμενος/ σφύζοντας	συσφικτικός/ πιεστικός	μονόπλευρος	αμφίπλευρος	Πρό-δρομοι	Εμετός	Ναυτία	Ηχοφοβία	Φωτοφοβία	Υπεροσμία	Άλλα συμπτώματα	Φάρμακο	Στραγόνων / Χαπιών / Υπόθετων	Ναι	Όχι	Ελάχιστα	Ημέρα
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