Calendário de Dor-de-Cabeça (Download unterhttp://dmkg.de/node/30)



30

Por favor anote os medicamentos que você toma para dor-de-cabeça:																www.dmkg.de					
A:		Tipo e localização da dor								Sintomas						Quantid ade		O medicamento ajudou?			
B: C:		O que	Intensi	Duração	nento		só	so	Prec		tar	el a	el a	rel a	os nas	Medica-			idou .		
Intensidade da dor: 0-10 Pontos	Dia	provocou	dade	(h)	Latejamento , dor aguda	"surda" / pressão	De um só	Ambos os	ursor es	Vômito	Mal-estar	Sensível a	Sensível a	Sensível a	Outros	mento	Gotas / Comprimid os / Sunositório	Sim	Não	Pouco	Dia
(0= sem dores, 10= a dor mais intensa)	1																				1
	2																		†		2
Precursores: F Tremulação da vista G Formigamento, Dormência de membros S Distúrbios da fala	3																		1	\Box	3
	4																				4
	5																				5
	6																				6
O Outros sintomas:	7																				7
Outros sintomas.	8																				8
Ale A' - 1	9																				9
* Ainda outro sintoma:	10																				10
	11																				11
	12																				12
Duração da dor:	13																				13
Entre o valor em horas	14																				14
	15																				15
O que provocou a dor	16																				16
1 Excitação/Stress	17																				17
2. Fase de descanso	18																				18
	19																				19
3.Modificação do Ritmo de dormir/acordar	20																			ŀ	20
4. Menstruação	21																			ŀ	21
5. "Iniciador" pessoal	22																			ŀ	22
	23																				23
	24																				24
6. Outro fator iniciador	25																				25
	26																				26
	27																				27
	28																				28
	29	<u> </u>						l					l	l			1			1 7	20

Outros sintomas paralelos:

- T Lágrimas
- R Olhos vermelhos
- N Nariz escorrendo ou entupido

30

31