Calendario de dolores de cabeza

DEUTSCHE MIGRÄNE- UND KOPFSCHMERZ-GESELLSCHAFT

Por favor, anote los medicamentos que toma, cuando está con dolor de cabeza:

A:_____

B:_____

C:_____

Intensidad del dolor: 0-10 Puntos
(0 = sin dolor, 10 = el dolor más fuerte)

Indicios:
F Vista con centelleo
G Alteración de sensación (hormigueo, hipostesia)
S Trastorno del lenguaje
❍ Otro síntoma:
_____
✱ Otro síntoma más:
_____

Duración de los dolores:
Anote la duración en horas.

Factor desencadenante de su dolor:
1 Agitación/estrés
2. Fase de descanso
3. Alteración en el ritmo de dormir y estar despierto
4. Menstruación
5. Su factor desencadenante personal:
_____
6. Otro factor desencadenante personal:
_____

Otros síntomas acompañantes:
T Lagrimeo ocular
R Enrojecimiento ocular
N Nariz con secreción/congestionada

Mes _____

Tipo y localización de dolor									Síntomas concomitantes							Número de	Le ayudó el medicamento?			
Día	Factor desen-cade-nante	Intensi-dad	Duración (hrs)	Latiendo / punzante	Sordo / opresivo	Unilateral	Bilateral	Indicios	Vómito	Nausea	Sensible al ruido	Sensible a la luz	Sensible a los olores	Otros síntomas	Medica-mento	Gotas / Pastillas / Supositorios	Si	No	Poco	Día
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