Dziennik migreny do druku: bezpłatny wzór

Pusty arkusz · do wypełnienia ręcznie · A4, mieści się też na US Letter · dim.arvetechapps.com · arkusz porządkujący, nie test diagnostyczny

Data	Ból głowy? (tak/nie)	Najsilniejszy ból (0–10)	Ból / czas trwania	Objawy / wpływ	Lek doraźny? (tak/nie)	Rodzaj leku	Leki / notatki

Rodzaj leku: Tryptan · Złożony lek przeciwbólowy · Opioid · Ergotamina · Prosty lek przeciwbólowy / NLPZ · Gepant / ditan / inny · Brak

Miesiąc w skrócie – zaznacz każdy dzień

Miesiąc: _____

Dzień	Ból głowy	Lek doraźny	Tryptan itp.	Prosty lek
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
Suma				

Dni z bólem głowy	15+ przez >3 mies.: zakres przewlekły
Dni z jakimkolwiek lekiem doraźnym	10+ przy kilku grupach
Dni z tryptanami, złożonymi lekami przeciwbólowymi, opioidami lub ergotaminą	10+
Dni z prostymi lekami przeciwbólowymi lub NLPZ	15+

Wartości odniesienia ICHD-3 (1.3 migrena przewlekła; 8.2 ból głowy z nadużywania leków) dotyczą regularnego przyjmowania przez ponad 3 miesiące. Liczba dni w miesiącu to punkt wyjścia do rozmowy, a nie diagnoza. Kilka dawek tego samego dnia liczy się jako jeden dzień.