Migrändagbok att skriva ut (PDF): gratis mall

Tomt blad · fyll i för hand · A4, passar även US Letter · dim.arvetechapps.com · arbetsblad för anteckningar, inte ett diagnostiskt test

Datum	Huvudvärk? (ja/nej)	Värsta smärta (0–10)	Huvudvärk och varaktighet	Symtom / påverkan	Akut läkemedel? (ja/nej)	Typ av läkemedel	Läkemedel / anteckningar

Typ av läkemedel: Triptan · Kombinationsanalgetikum · Opioid · Ergotamin · Enkelt smärtstillande / NSAID · Gepant / ditan / annat · Inget

Månaden i korthet – bocka för varje dag

Månad: _____

Dag	Huvudvärk	Akut läkemedel	Triptan m.fl.	Enkelt smärtstillande
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				
Summa				

Huvudvärksdagar	15+ i >3 månader: kroniskt intervall
Dagar med något akut läkemedel	10+ vid flera klasser
Dagar med triptaner, kombinationsanalgetika, opioider eller ergotamin	10+
Dagar med enkla smärtstillande eller NSAID	15+

ICHD-3-referenserna (1.3 kronisk migrän; 8.2 läkemedelsöverförbrukningshuvudvärk) gäller regelbunden användning i mer än 3 månader. En månadsräkning är ett underlag för samtal, inte en diagnos. Flera doser samma datum räknas som en dag.