RELATÓRIO DE DOR

Diário de dor de cabeça

Diário de cefaleia e de enxaqueca · uma folha por mês · uma linha por dia

Mês _____ **Ano** _____

Linha em branco = sem registro, não é dia sem dor.
Num dia sem dor, escreva N em "Teve dor?". Assim o mês mostra quantos dias tiveram dor, quantos não tiveram e quantos ficaram sem anotação.

Intensidade: a mais forte do dia; 0 é sem dor, 9 é quando precisa deitar e 10, só quando a dor vem com vômito.
Fez efeito? passou, melhorou, não mudou ou piorou.
Possíveis gatilhos: sono curto, refeição pulada, estresse, bebida, cheiro forte, mudança de tempo.

Dia	Teve dor? S ou N	Início hora	Intensidade 0 a 10	Duração horas	Remédio nome e hora	Fez efeito? ver legenda	Possíveis gatilhos o que veio antes	Mens. X	Observações sintomas, faltas
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									

No fim do mês: **dias com dor** _____ **dias com remédio para a dor** _____ **linhas em branco** _____