

miesiąc	wrzesień	imię i nazwisko																															PESEL	
		Jan Kowalski																																
DNI Z BÓLEM GŁOWY	dzień	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	
	TYP BÓLU GŁOWY należy wpisać X przy właściwym określeniu	należy wpisać X w dniu z bólem głowy	X							X																								
migrenowy																																		
	napięciowy	X						X																										
	rozpięający																																	
NATĘŻENIE BÓLU należy wpisać wartość od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 najsilniejszy ból	tętniący							X																										
	ból w skali 0-10	8						7																										
CZAS TRWANIA BÓLU	godzina rozpoczęcia bólu								14:00																									
	czas trwania bólu w godzinach	4						6																										
OBJAWY TOWARZYSZĄCE należy wpisać X przy występujących objawach	nudności/wymioty																																	
	nadwrażliwość na światło/dźwięk/zapach																																	
	dreszcze/poty																																	
	zawroty głowy	X																																
	zaburzenia mowy								X																									
	dętwienie ręki, nogi																																	
	aura																																	
	inne																																	
	nazwa....."Z"	X																																
	dawka	50 mg																																
PRZYJMOWANE DORAŻNIE LEKI PRZECIWBÓLOWE/ PRZECIWMIGRENOWE	liczba przyjętych tabletek	4						X																										
	nazwa....."Y"																																	
PRZYJMOWANE DORAŻNIE LEKI PRZECIWBÓLOWE/ PRZECIWMIGRENOWE	liczba przyjętych tabletek							50 mg	3																									
	nazwa.....																																	
PRZYJMOWANE DORAŻNIE LEKI PRZECIWBÓLOWE/ PRZECIWMIGRENOWE	liczba przyjętych tabletek																																	
	nazwa.....																																	
EFEKT PRZYJMOWANYCH DORAŻNIE LEKÓW PRZECIWBÓLOWYCH/ PRZECIWMIGRENOWYCH	liczba przyjętych tabletek																																	
	ustąpienie bólu (T/N) lub utrzymujący się ból (w skali 1-10)	T						4																										
PRZYJMOWANE DORAŻNIE LEKI PRZECIWBÓLOWE/ PRZECIWMIGRENOWE	ustąpienie (T/N) lub zmniejszenie (Z) objawów towarzyszących	1						2																										
	po jakim czasie nastąpiła poprawa w godzinach																																	

Przykładowy opis prawidłowo wypełnionego dzienniczka z jednego dnia z bólem głowy