

Дневник головной боли

Перед консультацией очень важно, чтобы вы ежедневно заполняли этот дневник. Сведения из него помогут врачу правильно определить диагноз и степень тяжести вашей головной боли, а также оперативно назначить оптимальное лечение для вас.

Пожалуйста, прочитайте внимательно **инструкцию** по заполнению дневника:

1. Заполняйте дневник каждый вечер перед сном, отмечая галочкой клетки в вертикальной колонке.
2. Если вы проснулись уже с головной болью, укажите время пробуждения.
3. Если утренняя головная боль является продолжением вечерней, поставьте в колонке знак X.
4. Укажите время, когда головная боль полностью прекратилась. Если в этот день перед отходом ко сну головная боль еще сохранялась, оставьте клетку не заполненной.
5. Если головная боль утром отсутствовала, укажите время отхода ко сну.
6. Если головная боль утром сохранялась, поставьте X в графе этого дня, а также X в графе Вопроса 3 в следующей колонке. Продолжайте Ваши записи на следующий день обычным образом.
7. У некоторых людей в пределах 1 часа до начала головной боли отмечаются зрительные нарушения. Это могут быть вспышки света, светящиеся зигзагообразные линии, «слепые» пятна или «черные дыры», присутствующие даже при закрывании глаз. Отметьте «Да», если у вас отмечалось нечто подобное, или «Нет», если такие явления не возникали. Если Вас просто раздражал свет (вопрос 12) и ничего более, отметьте «Нет».
8. Отвечая на вопрос о локализации головной боли, отметьте ту характеристику, которая в большей степени отражает тип вашей головной боли.
9. Некоторые виды головной боли усиливаются даже от незначительной физической нагрузки или вынуждают человека избегать такой активности. Отметьте «Да», если это относится к вашей ГБ, и «Нет», если это для вас не характерно.
10. Интенсивность (сила) головной боли – важная составляющая диагноза. Постарайтесь оценить интенсивность головной боли в течение дня в целом. Например, если боль была незначительной в первой половине дня, а затем стала очень сильной, отметьте клетку «сильная». Если же боль на протяжении почти всего дня была очень интенсивной, отметьте «очень сильная».
11. Перечислите любые причины (факторы) которые, по вашему мнению, могли вызвать головную боль. Возможно, вы что-то съели, выпили, сделали (например, пропустили обед, провели бессонную ночь, работали физически) или были др. причины (перемена погоды, стресс, месячные).
12. Перечислите названия любых препаратов (таблетки, свечи, инъекции, назальные спреи), которые вы принимали от головной или любой другой боли. Для каждого препарата укажите количество принятых доз, а также время приема (в 24-часовом формате) каждого из препаратов. Не указывайте препараты, принятые вами по другим показаниям



Ф.И.О: _____

Дата рождения (д/м/г) _____

Начало заполнения дневника: _____ Окончание заполнения дневника _____

Перед заполнением дневника внимательно прочитайте инструкцию! Заполняйте одну колонку **каждый вечер**, отмечая подходящие квадратики.

1. ДАТА (день недели и число месяца)		ПНД	ВТ	СР	ЧЕТ	ПТН	СББ	ВС	ПНД	ВТ	СР	ЧЕТ	ПТН	СББ	ВС
2. Была ли у Вас сегодня ГБ? (Если нет, сразу переходите к вопросу №15)	Нет Да	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
3. Если да, когда Вы впервые ее заметили? (ч:мин)															
4. Когда Ваша ГБ прекратилась? (ч:мин)															
5. В течение часа до начала ГБ отмечали ли Вы зрительные нарушения (вспышки света, линии-зигзаги, слепые пятна, др.)?	Нет Да:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
6. Где отмечалась ГБ?	С одной стороны С обеих сторон	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
7. Характер ГБ	Пульсирующая: Сжимающая:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
8. Ухудшалась ли ГБ при физической активности (подъем по лестнице, др.)?	Нет Да:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
9. Какова была в целом интенсивность ГБ? (см. инструкции)	Незначительная Сильная Очень сильная	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
10. Была ли у Вас тошнота?	Нет Незначительная: Заметная:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
11. Была ли у Вас рвота?	Нет Да:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
12. Вас раздражал свет?	Нет Да:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
13. Вас раздражал звук?	Нет Да:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
14. Могло ли что-нибудь послужить причиной Вашей ГБ?	Если Да, уточните														
15. Принимали ли Вы сегодня какие-нибудь препараты от ГБ или любой другой боли															
Для каждого препарата укажите: А) название Б) принятая доза В) время приема															

Пожалуйста, удостоверьтесь, что Вы заполнили все колонки!



Ф.И.О: _____

Дата рождения (д/м/г) _____

Начало заполнения дневника: _____ Окончание заполнения дневника _____

Перед заполнением дневника внимательно прочитайте инструкцию! Заполняйте одну колонку **каждый вечер**, отмечая подходящие квадратики.

1. ДАТА (день недели и число месяца)		ПНД	ВТ	СР	ЧЕТ	ПТН	СББ	ВС	ПНД	ВТ	СР	ЧЕТ	ПТН	СББ	ВС
2. Была ли у Вас сегодня ГБ? (Если нет, сразу переходите к вопросу №15)	Нет	<input type="checkbox"/>													
	Да	<input type="checkbox"/>													
3. Если да, когда Вы впервые ее заметили? (ч:мин)															
4. Когда Ваша ГБ прекратилась? (ч:мин)															
5. В течение часа до начала ГБ отмечали ли Вы зрительные нарушения (вспышки света, линии-зигзаги, слепые пятна, др.)?	Нет	<input type="checkbox"/>													
	Да:	<input type="checkbox"/>													
6. Где отмечалась ГБ?	С одной стороны	<input type="checkbox"/>													
	С обеих сторон	<input type="checkbox"/>													
7. Характер ГБ	Пульсирующая:	<input type="checkbox"/>													
	Сжимающая:	<input type="checkbox"/>													
8. Ухудшалась ли ГБ при физической активности (подъем по лестнице, др.)?	Нет	<input type="checkbox"/>													
	Да:	<input type="checkbox"/>													
9. Какова была в целом интенсивность ГБ? (см. инструкции)	Незначительная	<input type="checkbox"/>													
	Сильная	<input type="checkbox"/>													
	Очень сильная	<input type="checkbox"/>													
10. Была ли у Вас тошнота?	Нет	<input type="checkbox"/>													
	Незначительная:	<input type="checkbox"/>													
	Заметная:	<input type="checkbox"/>													
11. Была ли у Вас рвота?	Нет	<input type="checkbox"/>													
	Да	<input type="checkbox"/>													
12. Вас раздражал свет?	Нет	<input type="checkbox"/>													
	Да	<input type="checkbox"/>													
13. Вас раздражал звук?	Нет	<input type="checkbox"/>													
	Да	<input type="checkbox"/>													
14. Могло ли что-нибудь послужить причиной Вашей ГБ?		Если Да, уточните													
15. Принимали ли Вы сегодня какие-нибудь препараты от ГБ или любой другой боли															
Для каждого препарата укажите:															
А) название															
Б) принятая доза															
В) время приема															

Пожалуйста, удостоверьтесь, что Вы заполнили все колонки!