

miesiąc	dzień	imię i nazwisko																		PESEL													
		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	należy wpisać X w dniu z bólem głowy																																
	TYP BÓLU GŁOWY należy wpisać X przy właściwym określeniu	migrenowy																															
	napięciowy																																
	rozpierający																																
	tętniący																																
NATĘŻENIE BÓLU należy wpisać wartość od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 najsilniejszy ból	ból w skali 0-10																																
CZAS TRWANIA BÓLU	godzina rozpoczęcia bólu																																
	czas trwania bólu w godzinach																																
OBJAWY TOWARZYSZĄCE należy wpisać X przy występujących objawach	nudności/wymioty																																
	nadwrażliwość na światło/dźwięk/zapach																																
	dreszcze/poty																																
	zawroty głowy																																
	zaburzenia mowy																																
	drętwienie ręki, nogi																																
	aura																																
inne																																	
PRZYJMOWANE DORAŻNIE LEKI PRZECIWBÓLOWE/ PRZECIWMIGRENOWE należy wpisać nazwę przyjętego leku w czasie napadu, dawkę oraz liczbę przyjętych tabletek i należy wpisać X w dniu, w którym dany lek został przyjęty	nazwa																																
	dawka																																
	liczba przyjętych tabletek																																
	nazwa																																
	dawka																																
	liczba przyjętych tabletek																																
	nazwa																																
	dawka																																
	liczba przyjętych tabletek																																
	nazwa																																
dawka																																	
liczba przyjętych tabletek																																	
EFEKT PRZYJMOWANYCH DORAŻNIE LEKÓW PRZECIWBÓLOWYCH/ PRZECIWMIGRENOWYCH należy wypełnić zgodnie z opisem	ustąpienie bólu (T/N) lub utrzymujący się ból (w skali 1-10)																																
	po jakim czasie nastąpiła poprawa w godzinach																																
	ustąpienie (T/N) lub zmniejszenie (Z) objawów towarzyszących																																

miesiąc	wrzesień	imię i nazwisko	Jan Kowalski																		PESEL																	
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					
	<i>należy wpisać X w dniu z bólem głowy</i>	X								X																												
TYP BÓLU GŁOWY <i>należy wpisać X przy właściwym określeniu</i>	migrenowy																																					
	napięciowy	X								X																												
	rozpierający									X																												
NATĘŻENIE BÓLU <i>należy wpisać wartość od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 najsilniejszy ból</i>	ból w skali 0-10	8								7																												
	godzina rozpoczęcia bólu	14:00								9:00																												
CZAS TRWANIA BÓLU	czas trwania bólu w godzinach	4								6																												
	nudności/wymioty																																					
OBJAWY TOWARZYSZĄCE <i>należy wpisać X przy występujących objawach</i>	nadwrażliwość na światło/dźwięk/zapach																																					
	dreszcze/poty	X																																				
	zawroty głowy									X																												
	zaburzenia mowy																																					
	drętwienie ręki, nogi																																					
	aura																																					
	inne																																					
PRZYJMOWANE DORAŻNIE LEKI PRZECIWBÓLOWE/ PRZECIWMIGRENOWE <i>należy wpisać nazwę przyjętego leku w czasie napadu, dawkę oraz liczbę przyjętych tabletek i należy wpisać X w dniu, w którym dany lek został przyjęty</i>	nazwa „Z”	X																																				
	dawka	50 mg																																				
	liczba przyjętych tabletek	4																																				
	nazwa „Y”									X																												
	dawka									50 mg																												
	liczba przyjętych tabletek									3																												
	nazwa																																					
	dawka																																					
	liczba przyjętych tabletek																																					
	EFEKT PRZYJMOWANYCH DORAŻNIE LEKÓW PRZECIWBÓLOWYCH/ PRZECIWMIGRENOWYCH <i>należy wypełnić zgodnie z opisem</i>	ustąpienie bólu (T/N) lub utrzymujący się ból (w skali 1-10)	T								4																											
po jakim czasie nastąpiła poprawa w godzinach		1								2																												
ustąpienie (T/N) lub zmniejszenie (Z) objawów towarzyszących		T								Z																												

Przykładowy opis prawidłowo wypełnionego dzienniczka z jednego dnia z bólem głowy