MONAT: .....

MIGRÄNE-TAGEBUCH

SCHWARZ PHARMA
Ein Unternehmen der UCB-Gruppe

Bitte tragen Sie Zahl, Symbol oder Buchstabe in der Tabelle ein.

Bitte vermerken Sie Ihre Medikamente, die Sie zur Zeit bei Kopfschmerzen einnehmen:

A: .....

B: .....

C: .....

D: .....

Schmerzintensität:

X leicht O mittel ⊗ stark

Dauer:

← kürzer als 4 Stunden

↑ 4 - 12 Stunden

→ länger als 12 Stunden

Psychische und körperliche Auslöser:

1. Aufregung/Stress
2. Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus
3. Wetterwechsel
4. Menstruation
5. Ihr persönlicher Auslöser Nr. 1 .....
6. Ihr Auslöser Nr. 2 .....

Nahrungsmittel/Getränke als Auslöser:

A. Käse

B. Alkoholische Getränke

C. Schokolade

D. Kaffee, Cola

E. Ihr persönlicher Auslöser Nr. 1 .....

F. Ihr Auslöser Nr. 2 .....

	Schmerzart und -ort						Begleitsymptome							Anzahl der			Haben Ihnen die Medikamente geholfen?		
Tag	Stärke	Dauer	pulsierend/ pochend	dumpf/ drückend	einseitig	beidseitig	Erbrechen	Übelkeit	Lärmscheu	Lichtscheu	Sehstö-rungen	Auslöser	Medikamente	Tropfen	Tabletten	Zäpfchen	ja	nein	wenig
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																			