Diario de cefaleas

Nombre _____ Mes y año _____

Día	Cefalea inicio a fin	Dolor 0–10	Aura S / N	Síntomas N L S	Medicamento, dosis, hora de toma	¿Sin dolor a las 2 h?	Día de menstruación	Posibles desencadenantes, notas
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

Síntomas: N náuseas o vómitos, L sensibilidad a la luz, S sensibilidad al sonido. **Dolor:** 0 ninguno, 10 el peor imaginable. **Medicamento:** anote cada dosis en una línea, por ejemplo «sumatriptán 50 mg 08:30». **Sin dolor a las 2 h:** S si la cefalea había desaparecido 2 horas después de la primera dosis. **Día de menstruación:** 1 es el primer día de sangrado.

Diario de cefaleas

Nombre _____ Mes y año _____

Día	Cefalea inicio a fin	Dolor 0–10	Aura S / N	Síntomas N L S	Medicamento, dosis, hora de toma	¿Sin dolor a las 2 h?	Día de menstruación	Posibles desencadenantes, notas
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Resumen del mes

Días con cefalea _____ Días con paracetamol (límite 15) _____

Días con triptanes (límite 10) _____ Días con cualquier medicación aguda _____

Días con AINE o ácido acetilsalicílico (límite 15) _____ Días de trabajo o de estudios perdidos _____

Los límites son días al mes según la clasificación internacional de las cefaleas (ICHD-3) para la cefalea por uso excesivo de medicación. Cuente días, no dosis. Hable de estas cifras con su médico.