Diário de dor de cabeça

Nome _____ Mês e ano _____

Dia	Dor de cabeça início e fim	Dor 0–10	Aura S / N	Sintomas N L S	Medicamento, dose, horário	Sem dor após 2 h?	Dia da menstruação	Possíveis gatilhos, anotações
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

Sintomas: N náusea ou vômito, L sensibilidade à luz, S sensibilidade ao som. **Dor:** 0 nenhuma, 10 a pior imaginável. **Medicamento:** escreva cada dose em uma linha própria, por exemplo “sumatriptana 50 mg 08:30”. **Sem dor após 2 h:** S se a dor de cabeça tiver passado 2 horas após a primeira dose. **Dia da menstruação:** 1 é o primeiro dia de sangramento.

Diário de dor de cabeça

Nome _____ Mês e ano _____

Dia	Dor de cabeça início e fim	Dor 0–10	Aura S / N	Sintomas N L S	Medicamento, dose, horário	Sem dor após 2 h?	Dia da menstruação	Possíveis gatilhos, anotações
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Resumo do mês

Dias com dor de cabeça _____

Dias com triptanos (limite 10) _____

Dias com AINEs ou ácido acetilsalicílico (limite 15) _____

Dias com paracetamol (limite 15) _____

Dias com qualquer medicamento para crise _____

Dias de trabalho ou estudo perdidos _____

Os limites são dias por mês na classificação internacional das cefaleias (ICHD-3) para cefaleia por uso excessivo de medicamentos. Conte dias, não doses. Converse com seu médico sobre esses números.