Dra. Iratxe Ugarriza - Dra. Elisa Blanco

Consulta de Neurología

CALENDARIO DE CEFALEAS

Nombre: _____ Fecha/Mes_____

DIA	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	24	25	26	27	28	29	30	31
Mañana																																	
Tarde																																	
Noche																																	
INTENSIDAD DEL DOLOR																																	
Escala 1-10																																	
FARMACOS QUE TOMA																																	
1																																	
2																																	
3																																	
ALIVIO DEL DOLOR																																	
0: nada 1: mínimo 2: moderado 3: completo																																	
TIPO DE DOLOR																																	
Pulsátil																																	
Opresivo																																	
SÍNTOMAS ASOCIADOS																																	
Aura																																	
Nauseas/ vomitos																																	
Sens. luz																																	
Sens. sonido																																	
Incapacidad laboral/ funcional																																	
Otro:																																	
RELACIÓN																																	
Menstruación																																	
Alimentación																																	
Cambios sueño																																	
Otro:																																	