

## BAŞ AĞRISI GÜNCEİ

Hasta Adı:

Ay/Yılı:

Tel:

Sürekli Kullandığı İlaçlar:

Ağrının olduğu günler için aşağıda ayrıntısı istenen bilgileri lütfen doldurunuz. Her ay için 1 form kullanılacaktır. Bilebiliyorsanız muhtemel tetikleyici faktörü (açlık, öğün atlama, uykusuzluk, alkol alımı, stres, vb.) yazınız. Bu formu doğru doldurmanız, hastalığınızın takibinde yol gösterici olacaktır.

Ayın günü	Başlama saati	Baş ağrısı yeri	Süresi (saat)	Şiddeti	Hareketle artış (var/yok)	Işıktan rahatsızlık (var/yok)	Sesten rahatsızlık (var/yok)	Bulantı (var/yok)	Kusma (var/yok)	Baş dönmesi (var/yok)	Adet günü baş ağrısı (var/yok)	Tansiyon	Muhtemel tetikleyici ya da tetikleyiciler	Alınan ilacın adı, sayısı, saati
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														

Şiddeti: Az:1 Orta:2 Şiddetli:3 Çok Şiddetli:4