

BAŞAĞRISI GÜNLÜĞÜ

Adı soyadı:

Tarih:

Telefon no:

Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayınız ve yandaki günlüğü doldurunuz:

1-Bugün başağrınız oldu mu?

EVET-E

HAYIR-H

2-Baş ağrınız ne kadar sürdü?

1GUNDEN UZUN: UZ

TÜM GÜN---TG

YARIM GÜN---YG

2 SAATTEN AZ---AZ

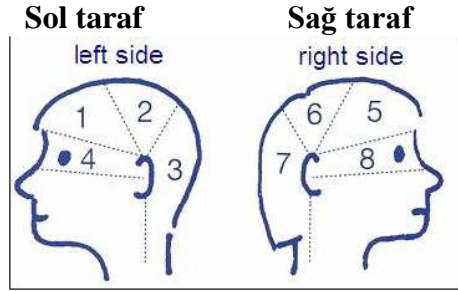
3-BAŞAĞRISIZ NE KADAR ŞİDDETLİ İDİ?

ÇOK ŞİDDETLİ---ÇŞ

ORTA ŞİDDETLİ ----OŞ

HAFİF ŞİDDETLİ----HŞ

4-BAŞAĞRISI BAŞINIZIN NERESİNDE İDİ?



Lütfen baş ağrınızın olduğu noktayı tam olarak belirtiniz

5-Aşağıdaki soruları tam olarak işaretleyiniz

A-Ağrınız sırasında bulantı/kusmanız oldu mu?

B-Ağrı öncesi veya ağrı sırasında görmenizle ilgili sorun oldu mu?

C-Ağrınız sırasında ışığa hassasiyetiniz oldu mu?

D-Ağrınız sırasında sese karşı hassasiyetiniz oldu mu?

E-Ağrı öncesi ya da ağrı sırasında başka bir yakınmanız oldu mu?

6-Bugün başka bir durum oldu mu?

Enfeksiyon---I

Stres- S

Adet dönemi: A

Eğer ağrınız sırasında ilaç aldıysanız günlüğe M harfi işaretleyiniz

7-Bu ay adet günlerinizi işaretleyiniz?

AYIN GÜNLERİ	1	2	3	4	5	6	7
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							

*Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Baş ağrısı polikliniğinde aktif olarak kullanılmaktadır.