

Záznamový diář pacienta s bolestmi hlavy

Jméno	Rok												Léčba												Součet									
měsíc:	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			
typ bolesti																																	součet dní s bolestí hlavy	
lék																																	součet počtu užitých analgetik	
počet tablet																																		
menstruace																																		
měsíc:	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			
typ bolesti																																	součet dní s bolestí hlavy	
lék																																	součet počtu užitých analgetik	
počet tablet																																		
menstruace																																		
měsíc:	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			
typ bolesti																																	součet dní s bolestí hlavy	
lék																																	součet počtu užitých analgetik	
počet tablet																																		
menstruace																																		

1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Návod na vyplňování záznamu o bolesti:

Typ bolesti: migrénu bez aury vyznačte křížkem **X**, migrénu s aurou křížkem v kolečku **⊗**, auru bez migrén. bolest samotným kolečkem **○**, tenzní bolest hlavy čárkou **/**
Lék: v případě užití léku vepište počáteční písmena přípravku např. **su** - sumatriptan, **br** - brufen, atd.

Počet tablet: uveďte počet užitých tablet

Menstruace: přítomnost krvácení v době bolesti hlavy vyznačte křížkem