

# Diário de dores de cabeça

Nome \_\_\_\_\_

Semana de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Como usar: uma linha por registo, preenchida na altura. Usa sempre a mesma escala. Campos em branco não fazem mal.  
Intensidade: 0 sem dor · 1–3 ligeira · 4–6 moderada · 7–9 forte · 10 pior dor imaginável

| Dia | Início | Duração | Intensidade | Aura      | Outros sintomas       | Possíveis gatilhos       | Medicação        | Efeito após 2 h     | Ficou por fazer              |
|-----|--------|---------|-------------|-----------|-----------------------|--------------------------|------------------|---------------------|------------------------------|
|     | hora   | horas   | 0–10        | sim / não | náuseas, luz, barulho | sono, stress, comida ... | nome, dose, hora | melhor, igual, pior | trabalho, planos cancelados? |
| Seg |        |         |             |           |                       |                          |                  |                     |                              |
|     |        |         |             |           |                       |                          |                  |                     |                              |
| Ter |        |         |             |           |                       |                          |                  |                     |                              |
|     |        |         |             |           |                       |                          |                  |                     |                              |
| Qua |        |         |             |           |                       |                          |                  |                     |                              |
|     |        |         |             |           |                       |                          |                  |                     |                              |
| Qui |        |         |             |           |                       |                          |                  |                     |                              |
|     |        |         |             |           |                       |                          |                  |                     |                              |
| Sex |        |         |             |           |                       |                          |                  |                     |                              |
|     |        |         |             |           |                       |                          |                  |                     |                              |
| Sáb |        |         |             |           |                       |                          |                  |                     |                              |
|     |        |         |             |           |                       |                          |                  |                     |                              |
| Dom |        |         |             |           |                       |                          |                  |                     |                              |
|     |        |         |             |           |                       |                          |                  |                     |                              |

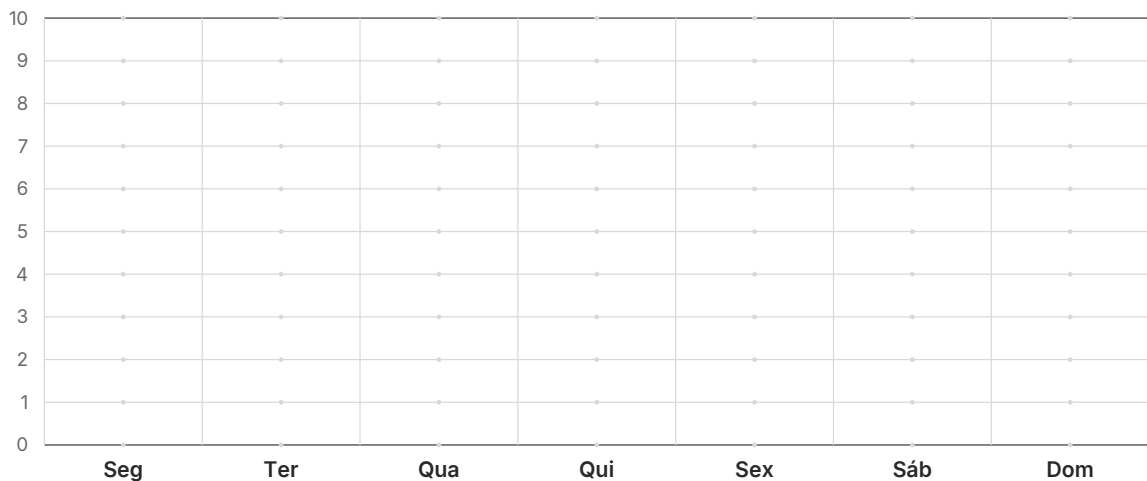
# Diário de dores de cabeça

Nome \_\_\_\_\_

Semana de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

## A tua semana num relance

Marca o valor mais alto de cada dia e une os pontos.



## O que ajudou?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## O que piorou?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Perguntas para a próxima consulta

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Resumo semanal

Dias com dor (de 7)

Valor mais alto da semana

Dias em que tomei analgésicos

Dias em que cancelei algo