

Diário da Cefaléia

Paciente: _____																																		
Mês: _____																Ano : _____																		
Dias	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	S		
Madrugada (0-6)																																		
Manhã (6-12)																																		
Tarde (12-18)																																		
Noite (18-24)																																		
Sono																																		
Um lado (D ou E)																																		
Dois lados																																		
Dor em pressão/aperto																																		
Dor latejante/pulsátil																																		
Dor em pontadas																																		
Dor piora com esforço																																		
Náusea / vômito																																		
Luz incomoda																																		
Som incomoda																																		
Aura																																		
Medicação para dor																																		
Resultado (++)/+/ -)																																		
Menstruação																																		
Fator desencadeante																																		

1 = **Dor Fraca** (não interfere em suas atividades)

2 = **Dor Moderada** (interfere mas não impede suas atividades)

3 = **Dor Forte** (impede suas atividades)

Índice de Cefaléia = _____

Períodos = _____

Dias sem Cefaléia = _____

Atenção: 1- Anote os fatores desencadeantes de cefaléia que você identificou, bem como o nome das medicações tomadas nas crises

2 - Não esqueça de preencher este diário ou de levá-lo às consultas de retorno, as anotações nele contidas são fundamentais para o seu tratamento.