Baş Ağrısı ve Migren Günlüğü

Boş takip çizelgesi • A4 • Elle doldurunuz

Ad Soyad: _____ Tarih aralığı: _____

0: Ağrı yok. 10: Düşünülebilen en şiddetli ağrı. Kullanılan ilaç ve etkisini not edin.

Tarih	Başlangıç saati	Süre	Şiddet 0-10	Eşlik eden belirtiler	İlaç / not

Bu kayıt tanı veya tedavi yerine geçmez. İlaç dozlarını kendiniz değiştirmeyin.
Acil belirtilerde kayıt tutmak için beklemeyin; 112’yi arayın.