Dzienniczek migrenowy dla pacjenta

Skorzystaj z dzienniczka dla pacjenta, aby lepiej kontrolować skuteczność leczenia ostrych napadów migreny.

Data napadu	**Czas trwania**	**Nasilenie bólu** *0-10 (silny ból)*	**Inne objawy napadu migreny** *N - nudności/wymioty; S - światłowstręt; D - dźwiękowstręt.*	**Czynniki wywołujące napad migreny**	**Przyjmowane leki** (nazwa i dawka)	**Skuteczność leczenia** *0-10 (skuteczny)*

UWAGA! Skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą, jeżeli zauważyłeś u siebie:

- **wystąpienie 4 lub kolejnego napadu migreny w ciągu ostatnich 30 dni, i/lub**
- **zmianę objawów lub zwiększenie ich nasilenia bądź częstości, i/lub**
- **niską skuteczność leczenia.**