

Дневник головной боли

Регулярно заполняйте дневник и периодически отправляйте результат своему лечащему врачу. Заполняйте одну колонку каждый вечер, отмечая подходящие квадратики.

Дневник головной боли

Ф.И.О: _____

Дата рождения (д/м/г) _____

Начало заполнения дневника: _____

Окончание заполнения дневника _____

Дата (день недели и число месяца)	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
Была ли у вас сегодня головная боль (ГБ)? (если нет, сразу переходите к последнему вопросу)	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да
Если да, когда вы впервые ее заметили? (час, минуты)							
Когда Ваша ГБ прекратилась? (час, минуты)							
В течение часа до начала ГБ отмечали ли вы зрительные нарушения (вспышки света, линии-зигзаги, слепые пятна, др.)?	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да
Где отмечалась ГБ?	С одной стороны С обеих сторон	С одной стороны С обеих сторон	С одной стороны С обеих сторон	С одной стороны С обеих сторон	С одной стороны С обеих сторон	С одной стороны С обеих сторон	С одной стороны С обеих сторон
Характер ГБ	Пульсирующая Сжимающая	Пульсирующая Сжимающая	Пульсирующая Сжимающая	Пульсирующая Сжимающая	Пульсирующая Сжимающая	Пульсирующая Сжимающая	Пульсирующая Сжимающая
Ухудшалась ли ГБ при физической активности (подъем по лестнице, др.)?	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да
Какова была в целом интенсивность ГБ? (см. инструкции)	Незначительная Сильная Очень сильная	Незначительная Сильная Очень сильная	Незначительная Сильная Очень сильная	Незначительная Сильная Очень сильная	Незначительная Сильная Очень сильная	Незначительная Сильная Очень сильная	Незначительная Сильная Очень сильная
Была ли у вас тошнота?	Нет Незначительная Заметная	Нет Незначительная Заметная	Нет Незначительная Заметная	Нет Незначительная Заметная	Нет Незначительная Заметная	Нет Незначительная Заметная	Нет Незначительная Заметная
Была ли у вас рвота?	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да
Вас раздражал свет?	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да
Вас раздражал звук?	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да	Нет Да
Могло ли что-нибудь послужить причиной вашей ГБ?	Если да, уточните	Если да, уточните	Если да, уточните	Если да, уточните	Если да, уточните	Если да, уточните	Если да, уточните
Принимали ли вы сегодня какие-нибудь препараты от ГБ или любой другой боли? Для каждого препарата укажите: а) название б) принятая доза в) время приема							

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ДНЕВНИКА

1. Укажите только число (например, 12); месяц и год указывать не нужно.
2. Отмечайте «Да» или «Нет» в клетках напротив всех вопросов или сразу переходите к последнему вопросу (если ГБ в этот день не было).
3. Укажите время (час в 24-часовом формате), когда вы впервые заметили появление ГБ. Если вы проснулись уже с ГБ, укажите время пробуждения. (Если утренняя ГБ является продолжением вечерней, поставьте в колонке знак X.)
4. Укажите время (час и минуты в 24-часовом формате), когда ГБ полностью прекратилась. Если в этот день перед отходом ко сну ГБ еще сохранялась, оставьте клетку незаполненной. Если ГБ утром отсутствовала, укажите время отхода ко сну. Если ГБ утром сохранялась, поставьте X в графе этого дня, а также X в графе Вопроса 3 в следующей колонке. Продолжайте ваши записи на следующий день обычным образом.
5. У некоторых людей в пределах 1 часа до начала ГБ отмечаются определенные зрительные нарушения. Это могут быть вспышки света, светящиеся зигзагообразные линии, «слепые» пятна или «черные дыры», присутствующие даже при закрытии глаз. Отметьте «Да», если у вас отмечалось нечто подобное, или «Нет», если такие явления не возникали. Если вас просто раздражал свет (см. Вопрос 12) и ничего более, отметьте «Нет».
6. Отметьте клетку, соответствующую локализации ГБ (преимущественно с одной стороны головы или с обеих сторон).
7. Хотя существует множество описаний характера ГБ, большинство ГБ являются либо «пульсирующими» (боль усиливается в такт с биением сердца), либо «сжимающими» (по типу «обруча» или «каска»). Отметьте ту характеристику, которая в большей степени отражает тип вашей ГБ.
8. Некоторые виды ГБ усиливаются даже от незначительной физической нагрузки (например, при подъеме по лестнице) или вынуждают человека избегать такой активности. Отметьте «Да», если это относится к вашей ГБ, и «Нет», если это для вас нехарактерно.
9. Интенсивность (сила) ГБ – важная составляющая диагноза. Оцените силу вашей ГБ, отметив соответствующую клетку: если «незначительная» ГБ – это ГБ, которая не нарушает выполнение обычных видов деятельности (т.е. вашу работоспособность и обычную активность), «сильная» – затрудняет, но полностью не препятствует обычным видам деятельности, наконец, «очень сильная» боль – ГБ, которая полностью нарушает вашу обычную активность. Постарайтесь оценить интенсивность ГБ в течение дня в целом. Например, если боль была незначительной в первой половине дня, а затем стала очень сильной, отметьте клетку «сильная». Если же боль на протяжении почти всего дня была очень интенсивной, отметьте «Очень сильная».
10. Отметьте «Нет», если в течение дня у вас совсем не было тошноты. Если отмечалась легкая тошнота, которая вас почти не беспокоила, не вызывала отрыжки и позывов на рвоту, отметьте «Незначительная», в случае более выраженной тошноты – «Заметная».
11. «Да» или «Нет». Отрыжка и позыв на рвоту не считается рвотой.
12. Вопрос касается обычного дневного или комнатного света, а не очень яркого света. Отметьте «Да», если обычный свет раздражал вас или вы пытались избежать его путем затемнения комнаты или ношения темных очков. В противном случае отметьте «Нет».
13. Вопрос касается обычного шума, а не очень громких звуков. Отметьте «Да», если шум раздражал вас или вы пытались избежать его, путем уединения в тихой комнате. В противном случае отметьте «Нет».
14. Перечислите, пожалуйста, любые причины (факторы), которые, по вашему мнению, могли вызвать ГБ. Возможно, вы что-то съели, выпили, сделали (например, пропустили обед, провели бессонную ночь, работали физически) или были другие причины (перемена погоды, стресс, менструация).
15. Перечислите названия любых препаратов (таблетки, свечи, инъекции, назальные спреи), которые вы принимали от ГБ или любой другой боли. Для каждого препарата укажите количество принятых доз, а также время приема (часы в 24-часовом формате) каждого из препаратов. Не указывайте препараты, принятые вами по другим показаниям.

Ведение дневника поможет оценить важную информацию:

- как часто болит голова;
- когда возникает и как долго длится ГБ;
- какие симптомы ее сопровождают, сколько лекарственных препаратов с обезболивающим действием и как часто вы принимаете.

Эта информация поможет правильно поставить диагноз, выявить факторы, провоцирующие ГБ, и оценить эффективность назначенного лечения.