

Galvassāpju kalendārs

Vārds _____

Gads _____

Atzīmējiet visus medikamentus, kurus lietojat galvassāpju ārstēšanai, piemēram, Paracetamols 500g

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Rūtiņā atzīmējiet:

1) Galvassāpju veidu:

M - migrēna

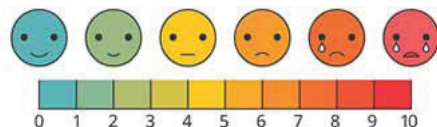
S - saspringuma tipa galvassāpes

G - grupālas galvassāpes

T - trijzaru nerva neiralģija

2) Galvassāpju stiprumu 1-10 balles

0 - nav sāpju, 10 - visstiprākās sāpes



3) Lietoto medikamentu

un tablešu skaitu,

piemēram, Paracetamols 500 mg, atzīmēt kā: P2

Aizpildiet katru vakaru!

	Janvāris	Februāris	Marts	Aprīlis	Maijs	Jūnijs	
1							1
2							2
3							3
4							4
5							5
6							6
7							7
8							8
9							9
10							10
11							11
12							12
13							13
14							14
15							15
16							16
17							17
18							18
19							19
20							20
21							21
22							22
23							23
24							24
25							25
26							26
27							27
28							28
29							29
30							30
31							31

	Jūlijs	Augusts	Septembris	Oktobris	Novembris	Decembris	
1							1
2							2
3							3
4							4
5							5
6							6
7							7
8							8
9							9
10							10
11							11
12							12
13							13
14							14
15							15
16							16
17							17
18							18
19							19
20							20
21							21
22							22
23							23
24							24
25							25
26							26
27							27
28							28
29							29
30							30
31							31