

Galvassāpju kalendārs

Vārds _____

Gads _____

Atzīmējiet visus medikamentus, kurus lietojat galvassāpju ārstēšanai, piemēram, paracetamols 500 mg.

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Rūtiņā atzīmējiet:

1) Galvassāpju veidu:

M- Migrēna

S- Saspringuma tipa galvassāpes

K- Kūlīšu tipa galvassāpes

T- Trijzaru nerva neiralģija

2) Galvassāpju stiprumu 1-10 balles.

0- nav sāpju, 10- visstiprākās sāpes



3) Lietoto medikamentu un tablešu skaitu, piemēram, 2 paracetamola tabletes, atzīmēt kā: P2

Aizpildiet katru vakaru

Kalendāru ņemiet līdz uz katru ārsta vizīti

	Janvāris	Februāris	Marts	Aprīlis	Maijs	Jūnijs
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						

Galvassāpju kalendārs

Vārds _____

Gads _____

Atzīmējiet visus medikamentus, kurus lietojat galvassāpju ārstēšanai, piemēram, paracetamols 500 mg.

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Rūtiņā atzīmējiet:

1) Galvassāpju veidu:

M- Migrēna

S- Saspringuma tipa galvassāpes

K- Kūlīšu tipa galvassāpes

T- Trijzaru nerva neiralģija

2) Galvassāpju stiprumu 1-10 balles.

0- nav sāpju, 10- visstiprākās sāpes



3) Lietoto medikamentu un tablešu skaitu, piemēram, 2 paracetamola tabletes, atzīmēt kā: P2

Aizpildiet katru vakaru

Kalendāru ņemiet līdz uz katru ārsta vizīti

	Jūlijs	Augusts	Septembris	Oktobris	Novembris	Decembris
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						