

ДНЕВНИК ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Инструкции по заполнению дневника

Перед консультацией в Центре лечения головной боли очень важно, чтобы Вы ежедневно заполняли этот дневник. Сведения, которые Вы внесете в дневник, помогут врачу правильно определить диагноз и степень тяжести Вашей головной боли (ГБ), а также оперативно назначить оптимальное для Вас лечение.

Вверху напишите свое имя (ФИО), дату рождения, а также дату, когда Вы начали заполнять дневник.

Затем напротив Вопроса 1 в 1-ой колонке напишите дату (число месяца) заполнения дневника. Вы можете сразу проставить даты во всех колонках, поскольку Вам предстоит заполнять дневник ежедневно.

Пожалуйста, заполняйте дневник каждый вечер перед отходом ко сну, отмечая галочкой клетки в вертикальной колонке. Эти данные представляют собой сжатую информацию о любой (ых) ГБ, если она (и) возникла (и) в этот день. Если ГБ в этот день у Вас не было, ответьте только на Вопросы 2 и 15. Если Вы завершили заполнение одной страницы дневника, пожалуйста, продолжайте на следующей странице (прилагаются несколько копий).

- 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 Вопросу 15 (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 головной болью, 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 головная боль полностью прекратилась. Если в этот день перед отходом ко сну ГБ еще сохранялась, оставьте клетку не заполненной. 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 закрывании 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) или «сжимающими» (по типу «обруча» или «каски»). 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 не характерно.
- 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 Отметьте «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 др. причины (перемена погоды, стресс, месячные).
- 15 Перечислите названия любых препаратов (таблетки, свечи, инъекции, назальные спреи), которые Вы принимали от головной 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.

НЕ ЗАБУДЬТЕ ПРИНЕСТИ ЭТОТ ДНЕВНИК НА ПРИЕМ В ЦЕНТР ЛЕЧЕНИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

ФИО _____

Дата рождения (д/м/г.) _____

Дата начала
заполнения дневника _____

Дата окончания
заполнения дневника _____

Перед заполнением дневника внимательно прочтайте инструкцию!

Заполняйте одну колонку **каждый вечер**, отмечая подходящие квадратики

1-я неделя

1	Дата (день недели и число)	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
2	Была ли у Вас сегодня ГБ? (Если нет, сразу переходите к вопросу №15)	нет да	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
3	Если да, когда Вы впервые ее заметили?	ч,мин						
4	Когда Ваша ГБ прекратилась?	ч,мин						
5	В течение часа до начала ГБ отмечали ли Вы зрительные нарушения? (вспышки света, линии-зигзаги, др.)	нет да	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
6	Где отмечалась ГБ?	с одной стороны с обеих сторон	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
7	Характер ГБ?	пульсирующая сжимающая	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
8	Ухудшалась ли ГБ при физической активности? (подъем по лестнице и т.д.)	нет да	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
9	Какова была в целом интенсивность ГБ? (см. инструкцию)	незначит. сильная очень сильная	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
10	Была ли у Вас тошнота?	нет незначит. заметная	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
11	Была ли у Вас рвота?	нет да	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
12	Раздражал ли Вас свет?	нет да	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
13	Раздражал ли Вас звук?	нет да	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
14	Могло ли что-нибудь послужить причиной Вашей ГБ?	если да, уточните						
15	Принимали ли Вы сегодня какие-нибудь препараты от ГБ или любой другой боли?	Для каждого препарата укажите: • название • принятая доза • время приема						

2-я неделя

	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
1 Дата (день недели и число)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2 Была ли у Вас сегодня ГБ? (Если нет, сразу переходите к вопросу №15)	нет да	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
3 Если да, когда Вы впервые ее заметили?	ч,мин						
4 Когда Ваша ГБ прекратилась?	ч,мин						
5 В течение часа до начала ГБ отмечали ли Вы зрительные нарушения? (вспышки света, линии-зигзаги, др.)	нет да	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
6 Где отмечалась ГБ?	с одной стороны с обеих сторон	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
7 Характер ГБ?	пульсирующая сжимающая	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
8 Ухудшалась ли ГБ при физической активности? (подъем по лестнице и т.д.)	нет да	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
9 Какова была в целом интенсивность ГБ? (см. инструкцию)	незначит. сильная очень сильная	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
10 Была ли у Вас тошнота?	нет незначит. заметная	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
11 Была ли у Вас рвота?	нет да	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
12 Раздражал ли Вас свет?	нет да	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
13 Раздражал ли Вас звук?	нет да	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
14 Могло ли что-нибудь послужить причиной Вашей ГБ?	если да, уточните						
15 Принимали ли Вы сегодня какие-нибудь препараты от ГБ или любой другой боли? Для каждого препарата укажите: • название • принятая доза • время приема							

НЕ ЗАБУДЬТЕ ПРИНЕСТИ ЭТОТ ДНЕВНИК НА ПРИЕМ В ЦЕНТР ЛЕЧЕНИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ