

- Nasilenie bólu
- Ciężkie
  - Umiarkowane
  - Łagodne

Imię i nazwisko .....

wiek .....



Lek przeciwbólowy na receptę

Tryptany

Miesiąc ....						
◀ January					March ▶	
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		Liczba epizodów ...../miesiącu Liczba dni bez bólu ...../miesiąc Liczba dni z przyjmowanymi tryptanami ...../miesiac		



# PRZYKŁAD: 38 year old woman referred for migraine evaluation

- Severe
- Moderate
- Mild

