

# Galvassāpju kalendārs

Vārds \_\_\_\_\_

Gads \_\_\_\_\_

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

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Rūtiņā atzīmējiet:

1) Galvassāpju veidu:

M- Migrēna

S- Saspringuma tipa galvassāpes

G- Grupālas galvassāpes (cluster)

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