

# Клиника профессора Барулина А.Е.

## Центр лечение головной боли



### Правила заполнения дневника головной боли (ГБ):

- 1 Отмечайте «Да» или «Нет» в клетках напротив всех вопросов или сразу переходите к вопросу 15 (если ГБ в этот день не было).
- 2 Укажите время, когда у вас началась ГБ. Если утренняя боль является продолжением вечерней, зачеркните клетку.
- 3 Укажите время, когда ГБ полностью прекратилась. Если перед сном боль осталась, оставьте клетку пустой. Если головная боль к утру ушла, укажите время отхода ко сну. Если боль сохранилась, зачеркните клетку.
- 4 Иногда на фоне ГБ мелькают вспышки света, светящиеся зигзагообразные линии, появляются «слепые пятна» или «черные дыры». Они могут оставаться, даже если вы закрываете глаза. Если они есть, отмечайте «Да».
- 5 Отметьте клетку, соответствующую локализации ГБ: преимущественно «С одной стороны головы» или «С обеих сторон».
- 6 Опишите характер ГБ: «Пульсирующая» или «Сжимающая».
- 7 Некоторые виды ГБ усиливаются даже от незначительной физической нагрузки (например, при подъеме по лестнице) или вынуждают человека избегать такой активности. Отметьте «Да», если это характерно для вашей ГБ.
- 8 Оцените силу вашей ГБ, отметив соответствующую клетку, если: «Незначительная» — это боль, которая не нарушает выполнение обычных видов деятельности; «Сильная» — затрудняет, но полностью не препятствует обычным видам деятельности; наконец, «Очень сильная» боль — полностью нарушает вашу обычную активность. Постарайтесь оценить интенсивность ГБ в течение дня в целом.
- 9 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 к рвоте, отметьте «Незначительная», в случае более выраженной тошноты — «Заметная».
- 10 Отметьте «Да» или «Нет».
- 11 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 либо ношения темных очков.
- 12 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.
- 13 Укажите любые причины, которые, на ваш взгляд, могли вызвать ГБ: что-то съели или выпили, пропустили прием пищи, устали на работе, занимались физическим трудом или спортом, переживаете из-за чего-то.
- 14 Перечислите названия обезболивающих препаратов, которые вы принимали. Укажите дозу препарата и время приема. Не указывайте препараты, принятые вами по другим показаниям.

На заполнение дневника нужен месяц: постарайтесь следить за своим состоянием каждый день и фиксировать это. Запишитесь на прием к неврологу заранее. Когда дневник будет полностью заполнен, вы сможете обсудить результаты со специалистом и вместе подобрать лечение.

Ф. И. О: \_\_\_\_\_

Дата рождения (д/м/г): \_\_\_\_\_ Начало заполнения дневника: \_\_\_\_\_ Окончание заполнения дневника: \_\_\_\_\_

Перед заполнением дневника внимательно прочитайте инструкцию! Заполняйте одну колонку каждый вечер, отмечая подходящие квадратики

1	ДАТА (день недели и число месяца)		пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
2	Была ли у вас сегодня ГБ? (Если нет, сразу переходите к вопросу № 15)	Нет														
		Да														
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, слепые пятна, др.)?	Нет														
		Да														
6	Где отмечалась ГБ?	С одной стороны														
		С обеих сторон														
7	Характер ГБ	Пульсирующая														
		Сжимающая														
8	Усиливалась ли ГБ при физической активности (подъем по лестнице, др.)?	Нет														
		Да														
9	Какова была в целом интенсивность ГБ? (см. инструкции)	Незначительная														
		Сильная														
		Очень сильная														
10	Была ли у вас тошнота?	Нет														
		Незначительная														
		Заметная														
11	Была ли у вас рвота?	Нет														
		Да														
12	Вас раздражал свет?	Нет														
		Да														
13	Вас раздражал звук?	Нет														
		Да														
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: А) название; Б) принятую дозу; В) время приема															

Пожалуйста, удостоверьтесь, что Вы заполнили все колонки!

Снимок экрана