

Nome: _____ Mês: _____ Médico de Família: _____

Dia	Hora	Características da dor (1 ou 2 lados, pulsátil, latejante, pontada, outros...)	Sintomas acompanhantes (sensibilidade à luz ou som, enjoos, vômitos, desmaio, palpitações, zumbido, outros...)	Medicação utilizada	Melhorou? (sim ou não)	Possíveis causas/ desencadeantes da crise (menstruação, esforços, insónia, stress, outros...)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

Dia	Hora	Características da dor (1 ou 2 lados, pulsátil, latejante, pontada, outros...)	Sintomas acompanhantes (sensibilidade à luz ou som, enjoos, vômitos, desmaio, palpitações, zumbido, outros...)	Medicação utilizada	Melhorou? (sim ou não)	Possíveis causas/ desencadeantes da crise (menstruação, esforços, insónia, stress, outros...)
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						