

Legenda:	☒ migréna bez aury	☒ migréna s aurou	☐ aura bez migrenózní bolesti	/ jiná bolest hlavy
----------	--	---	--	---------------------

	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
TYP BOLESTI																															
LÉK																															
MENSTRUACE																															
Počet dní	s migrénou:										s jinou bolestí hlavy:										s akutní medikací:										

	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
TYP BOLESTI																															
LÉK																															
MENSTRUACE																															
Počet dní	s migrénou:										s jinou bolestí hlavy:										s akutní medikací:										

	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
TYP BOLESTI																															
LÉK																															
MENSTRUACE																															
Počet dní	s migrénou:										s jinou bolestí hlavy:										s akutní medikací:										

Akutní medikace / značka:

Datum:	Podpis sestry
--------	---------------

Legenda:	☒ migréna bez aury	☒ migréna s aurou	☐ aura bez migrenózní bolesti	/ jiná bolest hlavy
----------	--	---	--	---------------------

	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
TYP BOLESTI																															
LÉK																															
MENSTRUACE																															
Počet dní	s migrénou:										s jinou bolestí hlavy:										s akutní medikací:										

	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
TYP BOLESTI																															
LÉK																															
MENSTRUACE																															
Počet dní	s migrénou:										s jinou bolestí hlavy:										s akutní medikací:										

	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
TYP BOLESTI																															
LÉK																															
MENSTRUACE																															
Počet dní	s migrénou:										s jinou bolestí hlavy:										s akutní medikací:										

Akutní medikace / značka:

Datum:	Podpis sestry
--------	---------------