CALENDARIO DE MIGRAÑA

Club de la Migraña®

MES:

AÑO:

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	TOTAL EPISODIOS:			

OBSERVACIONES:

PREVENTIVOS:

- ◯ _____
- ◯ _____
- ◯ _____

SOS:

- ◯ _____
- ◯ _____
- ◯ _____

SÍNTOMAS:

- ◯ _____
- ◯ _____
- ◯ _____
- ◯ _____
- ◯ _____

GATILLANTES:

- ◯ _____
- ◯ _____
- ◯ _____
- ◯ _____
- ◯ _____

Momento del día:
(A) en la mañana al despertar, **(B)** durante el día,
(C) mientras dormía.

Efectividad del tratamiento: 

Actividad física:
(L) leve; **(M)** moderada; **(i)** intensa

Qué tanto afectó mis actividades diarias:
(01) leve; **(02)** moderado; **(03)** mucho

Nivel de dolor: (1-10)

CALENDARIO DE MIGRAÑA

Club de la Migraña®

MES:

AÑO:

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	TOTAL EPISODIOS:			

OBSERVACIONES:

PREVENTIVOS:

SOS

SÍNTOMAS:

GATILLANTES:

Momento del día:
(A) en la mañana al despertar, **(B)** durante el día,
(C) mientras dormía.

Efectividad del tratamiento: 

Actividad física:
(L) leve; **(M)** moderada; **(i)** intensa

Qué tanto afectó mis actividades diarias:
(01) leve; **(02)** moderado; **(03)** mucho

Nivel de dolor: (1-10)