

DOMINA TU MIGRAÑA

#DominaTuMigraña

 NOVARTIS



Datos del paciente

Nombre

Apellido

Mail

Telefono

En caso de encontrarse este diario llamar al:

#DominaTuMigraña

Tratamiento actual

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Recomendaciones


Llevar un registro de los días de migraña al mes



Seguir las recomendaciones de tu médico



Intentar identificar si existe algún desencadenante



Evitar los ayunos prolongados



Mantener una dieta balanceada, buena hidratación, actividad física y sueño regular



Hablar con tu médico de los objetivos del tratamiento



Mes

FM*

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

<i>Día de la semana</i>																																							
<i>Intensidad de dolor</i>																																							Fuerte Medio Leve
<i>Localización</i>																																							Unilateral Bilateral
<i>Duración</i>																																							Horas
<i>Síntomas asociados</i>																																							Náuseas Vómito Molestias a la luz Molestias con sonido Hormigueo
<i>Desencadenantes identificados</i>																																							Ayuno Estrés Insomnio Otros
<i>Medicación aguda</i>																																							Tomó Medicación
<i>Consulta Urgencias</i>																																						Si o No	

*Fecha de menstruación

#DominaTuMigraña

Notas

.....

.....

.....

.....

.....

.....