CALENDARIO DE CEFALEAS

FECHA	DIA DE LA SEMANA	HORA	TIPO DE DOLOR: O.Opresivo P.Pulsátil	AURA: (SI/NO)	REPERCUSIÓN 0.Ninguna 1-Leve 2-Moderada 3-Precisa cama	ANALGÉSICOS CONSUMIDOS Nombre y número de dosis	MEDICACIÓN PREVENTIVA	DURACIÓN DE LA CRISIS (HORAS)	DESENCADENANTES

Si es mujer, indicará el inicio y final de la menstruación en la casilla de fecha.

Dr. Diego Ruiz Moriana
Especialista en Neurología