ДНЕВНИК СОПУТСТВУЮЩИХ СИМПТОМОВ

Ф.И.О: _____ Дата рождения (д/м/г): _____

Начало заполнения дневника: _____ Окончание заполнения дневника: _____

Заполняйте одну колонку **каждый вечер**, отмечая в ячейке «+» или «-».

Если головной боли (ГБ) у Вас не было, всё равно просмотрите все перечисленные симптомы и отметьте те, которые отмечались у Вас в этот день.

Если Вы отметили «+», то рядом укажите примерную продолжительность данного симптома (в минутах или часах).

1. ДАТА (ДЕНЬ НЕДЕЛИ И ЧИСЛО МЕСЯЦА)	**ПН** ___	**ВТ** ___	**СР** ___	**ЧЕТ** ___	**ПТ** ___	**СББ** ___	**ВС** ___	**ПН** ___	**ВТ** ___	**СР** ___	**ЧЕТ** ___	**ПТ** ___	**СББ** ___	**ВС** ___
2. Была ли у Вас сегодня ГБ?														
3. *Какие симптомы <u>предшествовали</u> ГБ?*														
Слабость														
Сонливость														
Непереносимость запаха(ов)														
Непереносимость света														
Тошнота														
Зевота														
Напряжение мышц шеи														
Раздражительность														
Снижение концентрации внимания														
Ухудшение настроения														
Быстрая смена настроений														
Повышение аппетита, пищевые пристрастия														
Беспокойство, тревога														
Повышенная физическая активность														
Нарушения сна														
Отечность конечностей, лица														
Похолодание конечностей														
Повышение кожной чувствительности														
4. *Какие симптомы отмечались <u>во время</u> ГБ?*														
Учащенное сердцебиение														
Изменение артериального давления														
Чувство нехватки воздуха														
Озноб														
Головокружение														
Предобморочное состояние														
Тревога, чувство страха														
Непереносимость запаха(ов)														
Изменение вкусовых ощущений														
Отек лица														
Закладывание носа														
Слезотечение														
Изменение окраски кожи														
Учащенное мочеиспускание														
Напряжение мышц шеи														
5. *Какие симптомы отмечались <u>после прекращения</u> ГБ?*														
Усталость														
Раздражительность														
Тяжесть в голове														
Снижение концентрации внимания														
Сонливость														
Ощущение эмоционального истощения														
Тошнота, дискомфорт в животе														
Подавленность														
Нарушение координации движений														
Зевота														
Диарея														