|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование** | **1****эпизод** | **2** **эпизод** | **3** **эпизод** | **4****эпизод** | **5****эпизод** | **6** **эпизод** |
| Дата/день недели начала приступа |  |  |  |  |  |  |
| Время начала |  |  |  |  |  |  |
| Время окончания |  |  |  |  |  |  |
| Предупреждающие признаки |  |  |  |  |  |  |
| Место (локализация) приступа |  |  |  |  |  |  |
| Тип боли |  |  |  |  |  |  |
| Интенсивность боли\* |  |  |  |  |  |  |
| Сопутствующие симптомы |  |  |  |  |  |  |
| Обстоятельства/занятия на момент начала болей |  |  |  |  |  |  |
| Время приема пищи до начала приступа |  |  |  |  |  |  |
| Еда/напитки, употребленные до начала приступа |  |  |  |  |  |  |
| Лекарства, принятые против приступа (названия препаратов, дозировка) |  |  |  |  |  |  |
| Реакция на лекарство(а) |  |  |  |  |  |  |
| Прочие действия для облегчения боли |  |  |  |  |  |  |
| Реакция на действие(я) |  |  |  |  |  |  |
| Когда была последняя менструация\*\* |  |  |  |  |  |  |
| Лекарство(а), принимаемые для лечения другого(их) заболевания(ий) |  |  |  |  |  |  |
| \*По шкале от 1 до 10, из которых 10 – это самая сильная боль. \*\*Дата начала и дата окончания. |