|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | | | | | | |