DIARIO DE CEFALEAS - SEGUIMIENTO

Dra. Fiorella Martin Bertuzzi

MN 136272

NOMBRE Y APELLIDO: _____ AÑO: _____

INTENSIDAD 1. Leve 2. Moderado 3. Severo

| | | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENE | Intensidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Analgésico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FEB | Intensidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Analgésico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MAR | Intensidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Analgésico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ABR | Intensidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Analgésico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MAY | Intensidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Analgésico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JUN | Intensidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Analgésico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JUL | Intensidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Analgésico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AGO | Intensidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Analgésico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SEP | Intensidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Analgésico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OCT | Intensidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Analgésico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOV | Intensidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Analgésico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIC | Intensidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Analgésico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |