



**VODIČ ZA UČINKOVITO  
OBVLADOVANJE MIGRENE  
in  
DNEVNIK  
MIGRENSKIH GLAVOBOLOV**

prof. dr. Bojana Žvan, dr. med., prim., višja svetnica

hormoni	prehrana	spremembe	senzorični dražljaji	stres
menstruacija	alkohol	zračni tlak	močna svetloba	naporna dejavnost
ovulacija	čokolada	vlaga	utripajoča luč	po sprostitvi
puberteta	sir	letni čas	vonjave	smrt
menopavza	glutamat	zemljepisni položaj	glasen zvok	selitev
kontracepcija	aspartat	nadmorska višina		izguba službe
	kofein	spalni ritem		prepir
	oreški	prehranjevanje		
	mesni izdelki			

ime in priimek: \_\_\_\_\_

naslov: \_\_\_\_\_

pomembne telefonske številke : \_\_\_\_\_

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

???.??-???

??????  
?????

ISBN ????  
????  
????

**S**ami prav dobro veste, kako vas lahko migrenski glavoboli iztrgajo iz vsakodnevnega življenja. Vemo, da migrena močno vpliva na vaše življenje, delo in dejavnosti, ki jih imate najraje. Zaradi migrene izgubite veliko časa, ki bi ga lahko preživeli s svojo družino in prijatelji. Vemo tudi, da uspehi zdravljenj, ki ste jih že poizkusili, morebiti niso bili najboljši. Morda vam lahko pomagamo.

avtorica: **prof. dr. Bojana Žvan, dr. med., prim., višja svetica**



*Povrnite si dan.*

Naslov: Vodič za učinkovito obvladovanje migrene in dnevnik migrenskih glavobolov  
Avtorica in urednica: prof. dr. Bojana Žvan, dr. med., prim., višja svetica  
Izdaja: 1. izdaja, 3. ponatis  
Kraj in založba: Ljubljana, Pfizer, podružnica Ljubljana  
Leto izida: 2016  
Nosilec avtorskih pravic: prof. dr. Bojana Žvan, dr. med., prim., višja svetica  
Naklada: 10 000  
Izdajatelj: Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni (Društvo MŽB)  
Oblikovanje in tisk: Oblikovanje vizualnih komunikacij Greta Avsec s.p.

**Cena: brezplačno**

1. Migrena
  - 1.1 Migrena brez avre
  - 1.2 Migrena z avro
    - 1.2.1 Migrena s tipično avro
      - 1.2.1.1 Tipična avra z glavobolom
      - 1.2.1.2 Tipična avra brez glavobola
    - 1.2.2 Migrena z avro možganskega debla
    - 1.2.3 Hemiplegična migrena
      - 1.2.3.1 Familiarna hemiplegična migrena (FHM)
        - 1.2.3.1.1 Familiarna hemiplegična migrena tipa 1 (FHM1)
        - 1.2.3.1.2 Familiarna hemiplegična migrena tipa 2 (FHM2)
        - 1.2.3.1.3 Familiarna hemiplegična migrena tipa 3 (FHM3)
        - 1.2.3.1.4 Familiarna hemiplegična migrena, drugi geni
      - 1.2.3.2 Sporadična hemiplegična migrena
    - 1.2.4 Retinalna migrena
  - 1.3 Kronična migrena
  - 1.4 Zapleti pri migreni
    - 1.4.1 Migrenski status
    - 1.4.2 Perzistentna avra brez infarkta
    - 1.4.3 Migrenski infarkti
    - 1.4.4 Migrenska avra sprožena z epileptičnim napadom
  - 1.5 Možna migrena
    - 1.5.1 Možna migrena brez avre
    - 1.5.2 Možna migrena z avro
  - 1.6 Epizodični sindromi, ki so lahko povezani z migreno
    - 1.6.1 Ponavljajoče prebavne motnje
      - 1.6.1.1 Sindrom cikličnega bruhanja
      - 1.6.1.2 Trebušna migrena
    - 1.6.2 Benigna paroksizmalna vrtoglavica
    - 1.6.3 Benigni paroksizmalni tortikolis

<https://www.ichd-3.org/> The International Classification of Headache Disorders 3rd edition (Beta version) (Nov 25, 2016: 14:55)

**D**anes ste s pomočjo svojega zdravnika naredili zelo pomemben korak, ki vam lahko pomaga bolje obvladati migreno in zagotovi pomoč, ki jo potrebujete.

V okviru zdravljenja vam je vaš zdravnik predpisal zdravilo iz skupine triptanov. Zdravilo, poleg hitrega olajšanja bolečine, pomaga ublažiti tudi druge simptome migrene, kot so slabost in občutljivost za svetlobo in zvok ter pripomore, da se vrnete k vsakodnevnim dejavnostim.

Z dnevnikom migrenskih glavobolov je tudi vodič za učinkovito obvladovanje migrene, kjer boste našli koristne informacije, kako se boste spopadli z migreno. Najprimernejši čas, da knjižico preberete, je čas, ko se počutite dobro.

Zdaj lahko v zvezi z vašo migreno storite nekaj, kar vam bo kasneje povrnilo dan.

## NEKAJ DEJSTEV O MIGRENI

### MIGRENA JE ZELO POGOSTA MOTNJA

Za migreno trpi več ljudi, kot se vam morda zdi. Raziskave kažejo, da jo doživlja od 12 do 15 odstotkov odraslih. Najpogosteje se pojavi med 25. in 55. letom. Večina doživi od enega do tri napade na mesec. Med ženskami je migrena skoraj trikrat pogostejša kot med moškimi. Pogosto je nagnjenost k migrenam genetska.

## KAJ JE MIGRENA?

Migrena je ponavadi huda, kljuvajoča bolečina, ki se največkrat začne na eni strani glave in se nato lahko tudi razširi. Vendar migrena ni zgolj bolečina. Je ponavljajoča se motnja z mnogimi spremljajočimi simptomi in znaki, med katerimi so lahko navzea (občutek siljenja na bruhanje), bruhanje ter občutljivost na svetlobo in zvok. Traja lahko od nekaj ur do nekaj dni. Medtem ko človek doživlja migrensko bolečino in druge neprijetne simptome, praviloma ne more opravljati večine vsakdanjih dejavnosti. Z gibanjem se bolečina in pridruženi znaki lahko le še stopnjujejo. Včasih se opisanim znakom pridruži avra, ki traja od 5 do 60 minut in se kaže z različnimi vidnimi, senzoričnimi in motoričnimi simptomi in znaki ali kombinacijo vseh teh pojavov. Navadno se pojavi 60 minut ali manj pred nastopom glavobola, običajno izzveni do začetka glavobola, pri nekaterih pa je prisotna še v začetnem obdobju glavobola.

## Kriteriji za migreno brez avre

- A. Najmanj 5 napadov, ki izpolnjujejo kriterije od B do D.
- B. Napadi glavobola trajajo 4-72 ur (nezdravljeni ali neuspešno zdravljeni).
- C. Prisotni sta najmanj dve od naslednjih značilnosti bolečine:
  - 1. enostranska lokacija
  - 2. utripajoča bolečina

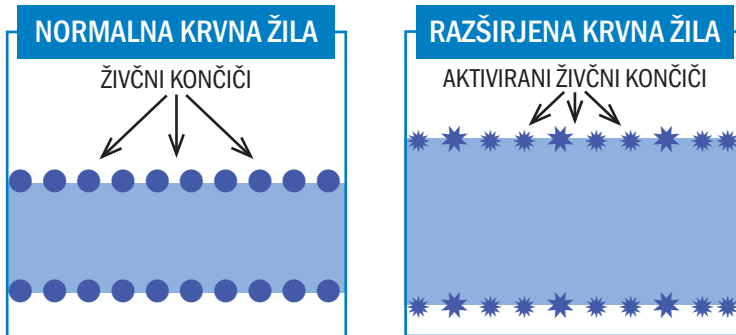
- 3. zmerna ali huda intenzivnost, ki preprečuje dnevne aktivnosti
- 4. poslabšanje pri hoji po stopnicah ali podobnih fizičnih aktivnostih
- D. Med napadom je prisotna najmanj ena od naslednjih skupin simptomov:
  - 1. slabost in/ali bruhanje
  - 2. preobčutljivost na svetlobo in/ali hrup

## Kriteriji za migreno z avro

- A. Najmanj 2 napada, ki izpolnjujeta kriterije od B do D.
- B. Prisotne so najmanj tri od naslednjih značilnosti:
  - 1. Prisoten je eden ali več vidnih simptomov avre, ki so popolnoma povratni (reverzibilni).
  - 2. Prisoten je eden ali več senzoričnih simptomov avre, ki so popolnoma povratni.
  - 3. Prisotne so motnje govora, ki so popolnoma povratne.
- C. Prisotni sta najmanj dve od naslednjih značilnosti:
  - 1. izpadi po polovici vidnega polja in/ali enostranski senzorični simptomi (motnje občutka)
  - 2. najmanj 1 simptom avre, ki se je razvil v 5 minutah ali več in/ali različni simptomi avre, ki so si postopno sledili v 5 minutah ali več
  - 3. vsak od simptomov traja od 5 minut do 60 minut
- D. Glavobol sledi avri po prostem intervalu, ki je krajši od 60 minut (lahko se začne tudi pred ali sočasno z avro).

## KAJ POVZROČA MIGRENO?

Migrena ni znak šibkosti človeka in tudi ne izgovor, ampak je posledica resničnih telesnih dogajanj. Za njen vzrok velja prehodna razširitev možganskih krvnih žil, hkrati pa bolečinska živčna vlakna v možgane pošiljajo signale, ki izzovejo boleče migrenske znake.



Razloga za to žilno spremembo ne poznamo. Nekateri znanstveniki menijo, da jo povzroči prenizka raven posebne možganske snovi, serotonina.

Pri večini ljudi, ki trpijo zaradi migrene, se napadi pojavljajo nepredvidljivo. Po drugi strani lahko migrenske napade pri nekaterih bolnikih sprožijo stres, potovanje ali uživanje določenih živil ali pijač, npr. čokolade, oreškov ali rdečega vina.

Številne ženske doživljajo pogostejše ali hujše migrenske napade med menstruacijo. Med nosečnostjo se migrena pogosto izboljša, a se po porodu spet poslabša.

## POMOČ PRI OBVLADOVANJU MIGRENE

Kljub temu, da je najpomembnejši del obvladovanja migrene učinkovito zdravilo, je z nekaterimi ukrepi mogoče zmanjšati možnost za migrenski napad.

### DESET NASVETOV ZA BOLNIKE Z MIGRENO:

1. Izogibajte se dejavnikom, ki pri vas sprožijo migreno.
2. Vodite dnevnik migrenskih napadov. Vanj vpisujte dogajanja med napadom migrene.
3. Imejte urejen ritem spanja. Spremembe lahko sprožijo napade migrene.
4. Ukvarjajte se s športom (npr.: tek, plavanje, kolesarjenje...).
5. Skušajte živeti urejeno in uravnoteženo.
6. Skušajte redno jesti.
7. Naučite se reči "ne". Ne dovolite si, da bi vas prisilili delati stvari, ki jih sami ne želite.
8. Poskusite z vajami za sprostitev.
9. Ne preobremenjujte se in ne pričakujte preveč od sebe.
10. Bodite potrpežljivi. Ne pričakujte preveč prekmalu. Za uspešno zdravljenje je običajno potreben čas.

## ZDRAVLJENJE MIGRENE

Zdravljenje migrene vključuje splošne ukrepe, psihološko vodenje, fiziološke načine zdravljenja ter akutno in preventivno zdravljenje migrenskih napadov z zdravili. Cilj zdravljenja napadov je, da boste čimprej brez glavobola, in da boste lahko normalno opravljali vsakodnevne dejavnosti.

## Izbira zdravila za zdravljenje migrenskega napada

Zdravljenje migrenskega napada z zdravili poteka trostopenjsko:

1. **ocena vaše onesposobljenosti zaradi migrene**
2. **izbira zdravila glede na stopnjo prizadetosti zaradi migrene**
3. **ocena učinkovitosti in prenosljivosti zdravila**

Stopnjo prizadetosti bo zdravnik najlažje ocenil med pogovorom z vami. Izpolnite dnevnik migrenskih napadov v obdobju 2 do 4 mesecev. Vanj zapisujte:

- opozorilne znake,
- čas začetka glavobola,
- vrsto, intenzivnost in mesto bolečine,
- trajanje glavobola,
- zdravila,
- hrano,
- dogodke ob glavobolu.

Izpolnite tudi kratka vprašalnika za oceno vpliva migrene na vaše vsakdanje življenje in dejavnost: vprašalnik za oceno zmanjšane opravilne sposobnosti pri migreni - MIDAS (Migraine disability assessment questionnaire) in vprašalnik o vplivu glavobola na bolnika z migreno - HIT (Headache impact test). Oba vprašalnika, ki ju najdete na koncu knjižice, merita vpliv migrene na bolnikovo življenje z manj kot 10 vprašanji.

Migrenske napade zdravimo s specifičnimi protimigrenskimi analgetiki, kot so ergotamini in triptani ter z nespecifičnimi analgetiki, kot so enostavni analgetiki in NSAID (nesteroidna protivnetna protibolečinska zdravila). Dodamo lahko tudi zdravila proti slabosti in bruhanju (antiemetike).

Novejša in bolj učinkovita so zdravila, ki delujejo na mestu izvora bolečin (razširjene krvne žile in razdraženi živci). Ta zdravila so triptani, ki vam jih lahko predpiše samo zdravnik. S takšnim zdravljenjem je mogoče hkrati uspešno olajšati bolečino in neprijetne spremljajoče znake, kot je občutek siljenja na bruhanje ter občutljivost na svetlobo in zvok.

Za večino bolnikov z migreno je zdravljenje napadov najpomembnejši del zdravljenja.

Ta dnevnik vam bo pomagal beležiti potek vaših migrenskih glavobolov.

Sodelovanje z zdravnikom, posredovanje informacij o migreni in uspehu zdravljenja vam lahko pomaga, da učinkovito obvladate težave in doživite olajšanje.



## Vzorčni primer

Mesec: <i>Januar</i>						
P	T	S	Č	P	S	N
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	X	13	14	15	16
17	18	19	20	M <sup>21</sup>	M <sup>22</sup>	M <sup>23</sup>
M <sup>24</sup>	M <sup>25</sup>	26	27	28	29	30

Datum: *12. 1. 2006*

Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop.  zvečer \_\_\_\_\_

Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra  trajanje *30 minut*

glavobol \_\_\_\_\_ slabost  bruhanje \_\_\_\_\_

Občutljivost za: svetlobo  zvok

drugo \_\_\_\_\_

Sprožilni dejavniki:\*\* \_\_\_\_\_

Uporabljena zdravila: *ime zdravila*

Količina: *1 tbl. (ali inj. ali kapljic ...)*

Do ublažitve bolečin je minilo: *2 uri*

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo  šola \_\_\_\_\_

dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_

družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_

drugo \_\_\_\_\_

Prosimo, označite z **X** vsak dan, ko imate migreno.

Ženske označite dneve z menstruacijo, kot je ponazorjeno na vzorcu. **M**

Prosimo izpolnite obrazec ob vsakem napadu migrene.

\*Za avro so značilne motnje vida (svetlikanje, svetleče, trepetajoče oz. cik-cak vidno polje, izpad vidnega polja), mravljinčenje po polovici telesa ali kakršnekoli druge motnje.

\*\*Seznam sprožilnih dejavnikov za migreno je na strani 2.

Mesec:						
P	T	S	Č	P	S	N
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_



Mesec:						
P	T	S	Č	P	S	N
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Mesec:						
P	T	S	Č	P	S	N
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Mesec:						
P	T	S	Č	P	S	N
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Mesec:						
P	T	S	Č	P	S	N
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Mesec:						
P	T	S	Č	P	S	N
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Mesec:						
P	T	S	Č	P	S	N
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
 Začetek: dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_  
 Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

**Znaki:**

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_  
 glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_  
 Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_  
 Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_  
 Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_  
 Količina: \_\_\_\_\_  
 Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

**Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:**

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_  
 dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_  
 družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_  
 drugo \_\_\_\_\_

Mesec:						
P	T	S	Č	P	S	N
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: \_\_\_\_\_

Začetek dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_

Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

#### Znaki:

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_

glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_

Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_

drugo \_\_\_\_\_

Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_

Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_

Količina: \_\_\_\_\_

Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

#### Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_

dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_

družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_

drugo \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Začetek dop. \_\_\_\_\_ pop. \_\_\_\_\_ zvečer \_\_\_\_\_

Jakost: blag \_\_\_\_\_ zmeren \_\_\_\_\_ hud \_\_\_\_\_

#### Znaki:

avra \_\_\_\_\_ trajanje \_\_\_\_\_

glavobol \_\_\_\_\_ slabost \_\_\_\_\_ bruhanje \_\_\_\_\_

Občutljivost za: svetlobo \_\_\_\_\_ zvok \_\_\_\_\_

drugo \_\_\_\_\_

Sprožilni dejavniki: \_\_\_\_\_

Uporabljena zdravila: \_\_\_\_\_

Količina: \_\_\_\_\_

Do ublažitve bolečin je minilo: \_\_\_\_\_

#### Zaradi napada nisem mogel/la opravljati naslednjih aktivnosti:

delo \_\_\_\_\_ šola \_\_\_\_\_

dom \_\_\_\_\_ družina \_\_\_\_\_

družabne \_\_\_\_\_ šport \_\_\_\_\_

drugo \_\_\_\_\_

# MIDAS

## VPRAŠALNIK

Migraine Disability Assessment (izpolnite in izročite zdravniku)

Ocenitev zmanjšane opravilne sposobnosti pri migreni

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Z vprašalnikom ocenjujemo stopnjo bolečine in zmanjšanje opravilne sposobnosti\* zaradi glavobola. Vam in zdravniku pomaga najti za vas najustreznejši način zdravljenja.



#### NAVODILA

V odgovorih na vprašanja upoštevajte vse glavobole v preteklih **3 mesecih**. Odgovore vnesite v okvirčke ob vprašanjih. Če se z dejavnostjo v preteklih **3 mesecih** niste ukvarjali, vnesite ničlo.

1. Koliko dni ste v preteklih 3 mesecih zaradi glavobola izostali od dela ali od pouka?  
(Če ne obiskujete šole ali niste zaposleni, vnesite ničlo.)



2. Koliko dni je bila v preteklih 3 mesecih vaša storilnost pri delu ali v šoli zaradi glavobola zmanjšana za polovico ali več?  
(Ne upoštevajte dnevov v odgovoru na 1. vprašanje, ko ste od dela ali pouka izostali. Če ne obiskujete šole ali niste zaposleni, vnesite ničlo.)



3. Koliko dni v preteklih 3 mesecih zaradi glavobola niste opravili gospodinjanskega dela?



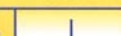
4. Koliko dni v preteklih 3 mesecih je bila vaša storilnost pri gospodinjanskem delu zaradi glavobola zmanjšana za polovico ali več?  
(Ne upoštevajte dnevov v odgovoru na 3. vprašanje, ko gospodinjanskega dela zaradi glavobola niste opravili.)



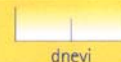
5. Koliko dni se v preteklih 3 mesecih zaradi glavobola niste udeležili družinskih, družabnih ali prostočasnih dejavnosti?



SKUPNO:



A. Koliko dni ste v preteklih 3 mesecih imeli glavobol?  
(Če je glavobol trajal dlje kot 1 dan, šteje vsak dan glavobola posebej.)



B. Na lestvici od 0 do 10 s povprečno oceno ocenite, kako boleči so bili glavoboli.  
(0 = bolečina odsotna; 10 = najmočnejša bolečina)



\* ocenitev zmanjšane opravilne sposobnosti pri migreni se nanaša na ocenitev zmanjšanih delovnih in življenjskih sposobnosti pri migreni

# HIT-6™ VPRAŠALNIK O VPLIVU GLAVOBOLA



Vprašalnik je bil sestavljen zato, da boste z njegovo pomočjo lažje opisali, kako se zaradi glavobolov počutite in česa zaradi glavobolov ne morete početi.

Izpolnite ga tako, da pri vsakem vprašanju označite ustrezen odgovor s križcem.

**1** Kako pogosto je bolečina zelo huda, kadar vas boli glava?

Nikoli     Redko     Večkrat     Zelo pogosto     Vedno

**2** Kako pogosto glavobol omejuje vaše sposobnosti v vsakdanjem življenju: pri opravljanju gospodinskega dela, poklicnega dela, v šoli ali pri študiju, v družabnem življenju?

Nikoli     Redko     Večkrat     Zelo pogosto     Vedno

**3** Kako pogosto si želite, da bi legli, kadar vas boli glava?

Nikoli     Redko     Večkrat     Zelo pogosto     Vedno

**4** Kako pogosto ste v preteklih 4 tednih čutili, da ste zaradi glavobolov preveč utrujeni za delo ali za vsakdanja opravila?

Nikoli     Redko     Večkrat     Zelo pogosto     Vedno

**5** Kako pogosto ste v preteklih 4 tednih čutili, da ste naveličani svojih glavobolov ali ste bili razdraženi zaradi njih?

Nikoli     Redko     Večkrat     Zelo pogosto     Vedno

**6** Kako pogosto ste bili v preteklih 4 tednih zaradi glavobola manj zbrani pri delu ali pri vsakdanjih opravilih?

Nikoli     Redko     Večkrat     Zelo pogosto     Vedno

▼ + ▼ + ▼ + ▼ + ▼

1. STOLPEC (vsak odg. 6 točk)    2. STOLPEC (vsak odg. 8 točk)    3. STOLPEC (vsak odg. 10 točk)    4. STOLPEC (vsak odg. 11 točk)    5. STOLPEC (vsak odg. 13 točk)

Seštejte točke po stolpcih in izračunajte skupno vsoto.

Priporočamo, da se o dobljenem rezultatu na vprašalniku HIT 6 pogovorite s svojim zdravnikom.

Skupni seštevek:



Večje število pomeni, da glavoboli močneje vplivajo na vaše življenje.

Možen je rezultat od 36 do 78 točk.

HIT-6™: Sauerbrunn, D'Emilia, et al. Headache 13 (2003), 1040-1046. Migraine Activity Scale (MAS): Sauerbrunn, D'Emilia, et al. Headache 13 (2003), 1040-1046. Migraine Activity Scale (MAS): Sauerbrunn, D'Emilia, et al. Headache 13 (2003), 1040-1046. Migraine Activity Scale (MAS): Sauerbrunn, D'Emilia, et al. Headache 13 (2003), 1040-1046.

## Ali glavoboli omejujejo vašo sposobnost za delo, učenje ali uživanje življenja?

**Ali se želite o svojih glavobolih pogovoriti s svojim zdravnikom?**

Če je odgovor na eno od teh vprašanj pritrdilen, odgovorite na naslednja vprašanja in izročite odgovore svojemu zdravniku.

Ali ste v zadnjih 3 mesecih v zvezi s svojimi glavoboli opazili kaj od tega:

- Čutili slabost s siljenjem na bruhanje ali slabost v želodcu  
Da     Ne
- Vas je motila svetloba (mnogo bolj kot takrat, ko nimate glavobola):  
Da     Ne
- Ali vas je glavobol omejeval pri delu, učenju ali drugem opravilu vsaj 1 dan?  
Da     Ne

**Prosimo, izročite odgovore na ta vprašanja svojemu zdravniku.**

Odgovori na zgornja vprašanja presejalnega testa ID Migrena niso namejeni samoocenjevanju diagnoze migrena. Ker temelji vprašalnik na samo-ocenjevanju, mora zdravnik vse odgovore preveriti. Končno diagnozo migrene lahko potrdi le zdravnik ob upoštevanju bolnikovega razumevanja vprašalnika in po pridobitvi vseh diagnostično pomembnih podatkov.







Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni je društvo, ki združuje zdravnike in strokovnjake, ki jih zanima področje možgansko žilnih bolezni ter ljudi, ki zaradi teh bolezni trpijo ali jih želijo preprečevati.

Društvo vam ponuja inovativne rešitve in najnovejše novice o možnostih zdravljenja na svoji spletni strani: **[www. glavobol.com](http://www.glavobol.com)**

Vaše težave niso enake težavam drugih, vaše življenje prav tako ne. Informacije izbirajte glede na vaše težave, ne glede na to ali želite izvedeti več o načinih zdravljenja ali pa kako se soočiti z izzivi doma in na delu.



*Povrnite si dan.*

Knjižico izdalo:

Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni

Mala ulica 8

1000 Ljubljana

Tisk omogočilo: **Farmacevtsko podjetje Pfizer**

