

Registo Mensal de Cefaleias

Mês: _____ Ano: _____

		DIAS																														
HORAS	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	
0																																
1																																
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
18																																
20																																
21																																
22																																
23																																
OLHO	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	
Vermelho																																
Lacrimelar																																
Inchado																																
Fechado																																
Pequeno																																
NARIZ	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	
Pingar																																
Entupido																																

Legenda:

++ Dor insuportável + Dor muito forte / Dor forte 0 Dor fraca T Tratamento