

Prezime i ime: _____
 Registracioni period: od _____ do _____

Dan i datum u mjesecu	PON	UTO	SRI	ČET	PET	SUB	NED	PON	UTO	SRI	ČET	PET	SUB	NED
Da li ste danas imali glavobolju? (ako NE, pređite odmah na posljednje pitanje)														
U koliko sati je počela?														
Kada je prestala?														
U satu prije početka glavobolje da li ste primijetili smetnje sa vidom kao što su bljeskovi, cik cak linije ili slijepe mrlje?														
Da li je glavobolja zahvatala jednu ili obje strane glave?														
Da li je glavobolja bila u vidu pritiska ili pulsirajuća?														
Kakav je bio intenzitet (jačina) glavobolje, na skali od 1 do 10?														
Da li ste imali mučninu?														
Da li ste povratili?														
Da li Vam je smetala svjetlost?														
Da li Vam je smetala buka?														
Da li je nešto prouzrokovalo napad glavobolje?														
Da li ste danas uzeli nek lijek protiv bola? Ako DA, napišite koji/e i dozu/e														