Roteiros de Pediatria

DIÁRIO DA DOR DE CABEÇA

Nome: _____ Idade: _____ Peso: _____

Dia em que seu filho apresentou dor de cabeça

Horário de início da dor

Manhã															
Tarde															
Noite															

Maior intensidade da dor (Fraca: continua brincando / Moderada: brinca, mas reclamando / Forte: fica quieto e deita)

Fraca															
Moderada															
Forte															

Caráter da dor

Pulsátil															
Opressiva															
Pontada															

Localização da dor

Unilateral direita															
Unilateral esquerda															
Bilateral															

Durante a dor, seu filho fica muito incomodado com

Luminosidade															
Barulho															
Náuseas/vômitos															

Remédios utilizados para melhora da dor e quantidade

_____															
_____															
_____															

Duração dos episódios de dor

Tempo															

Fatores desencadeantes – D ou agravantes – A (alimentos, sono, jejum, menstruação, sol, esforço físico etc.)

_____

_____

Siqueira LFM.
Cefaleias na infância e adolescência. Pediatria Moderna. Vol. XLVII - Nº 1. Janeiro/Fevereiro, 2011