

# NEPLACEVO

КЛИНИКА ДЛЯ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ



- ПЕДИАТР
- ТЕРАПЕВТ
- ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ
- ГАСТРОЭНТЕРОЛОГ
- НЕВРОЛОГ
- ДЕРМАТОЛОГ
- ЭНДОКРИНОЛОГ
- КАРДИОЛОГ

- АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ
- РЕВМАТОЛОГ
- ПСИХИАТР
- ПСИХОЛОГ
- ПСИХОТЕРАПЕВТ
- АЛЛЕРГОЛОГ-ИММУНОЛОГ
- КОЛОПРАКТОЛОГ
- ОРТОПЕД-ТРАВМАТОЛОГ



#### АНАЛИЗЫ

результаты в день обращения



#### УЗИ, ЭКГ, СМАД, ХОЛТЕР

0+, без возрастных ограничений



#### ВАКЦИНАЦИЯ

импортными и отечественными вакцинами

Ленинский пр-т, 34 / ул. Беговая, 2/3

+7 (473) 280-280-5

NEPLACEBO.RU

 NEPLACEVO  
КЛИНИКА ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

## ДНЕВНИК ГОЛОВНОЙ БОЛИ



Ф.И.О: \_\_\_\_\_

Дата рождения (д/м/г) \_\_\_\_\_

Начало заполнения дневника: \_\_\_\_\_ Окончание заполнения дневника\_\_\_\_\_

1. ДАТА (день недели и число месяца)		ПНД	ВТ	СР	ЧЕТ	ПТН	СББ	ВС	ПНД	ВТ	СР	ЧЕТ	ПТН	СББ	ВС
2. Была ли у Вас сегодня ГБ? (Если нет, сразу переходите к вопросу №15)		Нет Да	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
3. Если да, когда Вы впервые ее заметили? (ч:мин)															
4. Когда Ваша ГБ прекратилась? (ч:мин)															
5. В течение часа до начала ГБ отмечали ли Вы зрительные нарушения (вспышки света, линии-зигзаги, слепые пятна, др.)?		Нет Да:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
6. Где отмечалась ГБ?	С одной стороны С обеих сторон	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
7. Характер ГБ	Пульсирующая: Сжимающая:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
8. Ухудшалась ли ГБ при физической активности (подъем по лестнице, др.)?	Нет Да:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
9. Какова была в целом интенсивность ГБ? (см. инструкции)	Незначительная Сильная Очень сильная	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
10. Была ли у Вас тошнота?	Нет Незначительная: Заметная:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
11. Была ли у Вас рвота?	Нет Да	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
12. Вас раздражал свет?	Нет Да	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
13. Вас раздражал звук?	Нет Да	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
14. Могло ли что-нибудь послужить причиной Вашей ГБ?	Если Да, уточните														
15. Принимали ли Вы сегодня какие-нибудь препараты от ГБ или любой другой боли															
Для каждого препарата укажите:															
А) название															
Б) принятая доза															
В) время приема															