

CODZIENNA OBSERWACJA OBJAWÓW

Instrukcja:

Oznacz Dzień 1 jako pierwszy dzień miesiączki, a następnie wpisz datę pod numerem.

Zaznacz **X** objawy jakich doświadczasz w tym dniu i czy musisz wspomóc się lekami w związku z nimi.

Pomocne dla lekarza będzie również opisanie lokalizacji i nasilenia bólu (użyj do tego Mapy bólu), a także inne objawy, których możesz doświadczać.

<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>
<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>
<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>
<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>
<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>
<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>	<p>Dzień</p> <p>Data</p> <p><input type="checkbox"/> Ból / wzdęcia</p> <p><input type="checkbox"/> Mocne krwawienie</p> <p><input type="checkbox"/> Wyczerpanie</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia trawienia</p> <p><input type="checkbox"/> Leki przeciwbólowe</p> <p>Inne</p>