

MANAGING MY MIGRAINE

DATE _____

PATIENT'S NAME _____

DOCTOR _____

NEXT VISIT _____



GREEN ZONE

The GREEN ZONE means that I:

- I feel great and have no pain!
- I keep a regular sleep schedule (School age kids: 10–11 hours; Teens: 8–9 hours)
- I eat 3 meals a day including fruits and vegetables
- I drink 6-8 cups of water everyday and limit caffeine intake
- I exercise 3 to 4 times per week
- I avoid migraine triggers (when possible)



YELLOW ZONE

Circle my migraine triggers:

- Dehydration
- Weather changes
- Emotional stress
- Too much or too little sleep
- Bright direct light or sunlight
- Skipping meals
- Loud, annoying noises
- Preservatives added to junk food

//////////

I use these medicines when I feel a headache start:

_____ (name of medicine) _____ (dose), every ____ to ____ hours

_____ (name of medicine) _____ (dose), every ____ to ____ hours

Special Instructions: _____



RED ZONE

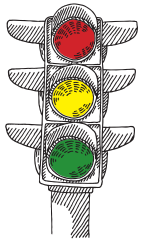
If my migraine does not go away within 30-45 minutes after taking my medication and trying the skills listed above, I use _____ (name of medicine) _____ (dose), every ____ to ____ hours

Call the doctor if migraine lasts more than 24 hours, child has severe headache with fever, fell, or had a blow to the head before migraine.

QUESTIONS FOR MY DOCTOR

QUESTIONS? Texas Children's Health Plan Nurse Help Line: 24/7 1-800-686-3831





MANEJAR MI MIGRAÑA

FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

MÉDICO: _____

PRÓXIMA CONSULTA: _____

ME SIENTO ESTUPENDO Y SIN DOLOR



ZONA VERDE

La ZONA VERDE significa que:

- ¡Me siento estupendo y sin dolor!
- Tengo un horario de descanso regular. (Niños en edad escolar: 10-11 horas; adolescentes: 8-9 horas)
- Realizo 3 comidas diarias, que incluyen frutas y vegetales.
- Bebo 6-8 vasos de agua todos los días y limito el consumo de cafeína.
- Hago ejercicio de 3 a 4 veces por semana.
- Evito los factores desencadenantes de migraña (cuando es posible).

PRESENTO SIGNOS DE ADVERTENCIA DE MIGRAÑA.



ZONA AMARILLA

Circulo mis factores desencadenantes de migraña:

- Deshidratación
- Cambios del tiempo
- Estrés emocional
- Dormir poco o demasiado
- Luz brillante directa o luz solar
- Saltear las comidas
- Ruidos fuertes, molestos
- Conservantes agregados a la comida chatarra

Consumo estos medicamentos cuando siento que comienza un dolor de cabeza:

_____ (nombre del medicamento) ___ (dosis) cada ___ a ___ horas

_____ (nombre del medicamento) ___ (dosis) cada ___ a ___ horas

Instrucciones especiales: _____

ME SIENTO MAL Y TENGO MIGRAÑA



ZONA ROJA

Si la migraña no se me pasa en el plazo de 30 a 45 minutos posteriores a la toma del medicamento y de probar las técnicas nombradas anteriormente, tomo _____ (nombre del medicamento) ___ (dosis) cada ___ a ___ horas.

Llame al médico si la migraña dura más de 24 horas, el niño presenta dolores de cabeza graves con fiebre, se desmayó o tuvo un golpe en la cabeza antes de que comenzara la migraña.

PREGUNTAS PARA EL MÉDICO

¿TIENE PREGUNTAS? Línea de Asistencia de Enfermería de Texas Children's Health Plan: 24 horas, los 7 días de la semana, 1-800-686-3831

