Diario delle cefalee

Nome: _____ **Mese / anno:** _____

Segna S o N ogni giorno. Se c'è cefalea, completa la riga; annota anche i giorni senza mal di testa.

Giorno	Cefalea? S / N	Inizio - fine	Intensità 1 / 2 / 3	Sede e tipo	Sintomi / aura	Attività N / R / I	Farmaco nome, dose, ora	Sollievo? Sì / in parte / no
01	S ☐ N ☐							
02	S ☐ N ☐							
03	S ☐ N ☐							
04	S ☐ N ☐							
05	S ☐ N ☐							
06	S ☐ N ☐							
07	S ☐ N ☐							
08	S ☐ N ☐							
09	S ☐ N ☐							
10	S ☐ N ☐							
11	S ☐ N ☐							
12	S ☐ N ☐							
13	S ☐ N ☐							
14	S ☐ N ☐							
15	S ☐ N ☐							
16	S ☐ N ☐							

Intensità: 1 lieve · 2 moderata · 3 forte. Attività: N normali · R ridotte · I interrotte.

Sintomi: per es. nausea, vomito, fastidio per luce/rumori. Se più episodi nello stesso giorno, descrivili sul retro.

Registra il farmaco solo se assunto e la risposta osservata. Porta entrambe le pagine alla visita.

Diario delle cefalee

Nome: _____ **Mese / anno:** _____

Segna S o N ogni giorno. Se c'è cefalea, completa la riga; annota anche i giorni senza mal di testa.

Giorno	Cefalea? S / N	Inizio - fine	Intensità 1 / 2 / 3	Sede e tipo	Sintomi / aura	Attività N / R / I	Farmaco nome, dose, ora	Sollievo? Sì / in parte / no
17	S ☐ N ☐							
18	S ☐ N ☐							
19	S ☐ N ☐							
20	S ☐ N ☐							
21	S ☐ N ☐							
22	S ☐ N ☐							
23	S ☐ N ☐							
24	S ☐ N ☐							
25	S ☐ N ☐							
26	S ☐ N ☐							
27	S ☐ N ☐							
28	S ☐ N ☐							
29	S ☐ N ☐							
30	S ☐ N ☐							
31	S ☐ N ☐							

Intensità: 1 lieve · 2 moderata · 3 forte. Attività: N normali · R ridotte · I interrotte.

Sintomi: per es. nausea, vomito, fastidio per luce/rumori. Se più episodi nello stesso giorno, descrivili sul retro.

Registra il farmaco solo se assunto e la risposta osservata. Porta entrambe le pagine alla visita.