

MEDICINA DELLE CEFALEE

DIARIO DELLA CEFALEA - ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

GIORNO DELLA SETTIMANA

Indicare le iniziali del giorno della settimana (L=Lunedì, M=Martedì, etc.) nelle caselle della prima riga del diario sopra la data.

Segnare nello schema a quadretti l'intensità del mal di testa (da 0 a 10) per tutta la sua durata

DOLORE ASSENTE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DOLORE SEVERO
		LIEVE			MODERATO			SEVERO				

SEGNARE CON S LE ORE DI SONNO

SINTOMI ASSOCIATI: segnare una **X** nella casella apposita se sono presenti sintomi che si manifestano durante l'attacco: nausea, vomito, intolleranza a luce, rumore, odori

Se prima o durante la cefalea si manifesta il fenomeno dell'**AURA** (sintomi visivi, formicolii ad un braccio o al volto, disturbi della parola,) scrivere: **A** prima di segnare la cefalea nello schema a riquadri e segnare la durata dei sintomi

SEGNARE NELL'APPOSITA CASELLA SE IL DOLORE È DA UN SOLO LATO:

D per destra, **S** per sinistra, **DS** se il dolore è tutta la testa

SEGNARE NELLE APPOSITE CASELLE DELLO SCHEMA:

P se il dolore è pulsante; **G** se il dolore gravativo; **A** se il dolore è di altro tipo

SEGNARE X SE IL DOLORE PEGGIORA CON IL MOVIMENTO (es. piegare la testa, fare le scale)

SEGNALARE (QUI) I FARMACI SINTOMATICI ASSUNTI AL BISOGNO (NOME PER ESTESO):

Iniziale del farmaco _____
Dosi nelle 24 ore _____
Orari di assunzione _____

FATTORI SCATENANTI: compilare se il mal di testa è scatenato da alcuni fattori quali cibo, stress, cambiamenti climatici, etc.

SEGNARE NELLE APPOSITE CASELLE DELLO SCHEMA:

M i giorni in cui si verifica la mestruazione

P i giorni di eventuale assunzione della "pillola anticoncezionale" o di terapie ormonali



CENTRO MEDICINA DELLE CEFALEE AMBULATORIO SPECIALISTICO

IL DIARIO DELLA CEFALEA

Cognome e nome: _____

Data di nascita: _____

Telefono: _____

E-mail: _____



Pavia: viale Brambilla 70d
Monza: via San Rocco 32
Info tel: 349-4949255 ore 18-20
email: medicinadellecefalee@gmail.com

**RIEPILOGO DOSI DI FARMACI SINTOMATICI ASSUNTI
NUMERO DI DOSI / MESE**

MESE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	TOT	
GENNAIO (A)																																
(T)																																
FEBBRAIO (A)																																
(T)																																
MARZO (A)																																
(T)																																
APRILE (A)																																
(T)																																
MAGGIO (A)																																
(T)																																
GIUGNO (A)																																
(T)																																
LUGLIO (A)																																
(T)																																
AGOSTO (A)																																
(T)																																
SETTEMBRE (A)																																
(T)																																
OTTOBRE (A)																																
(T)																																
NOVEMBRE (A)																																
(T)																																
DICEMBRE (A)																																
(T)																																

NB: Indicare con l'iniziale del nome commerciale corrispondente il triptano (T)
e/o l'analgesico (A) assunto nel corso di ciascun mese inserendolo nell'apposita casella