

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