

## Il mal di testa:

## *diario delle cefalee*

**DOTT. MICHELE VIANA**

Medico Chirurgo

*Specialista in Neurologia*

*Diagnosi e Terapia delle Cefalee*

sito internet: [www.lacefalea.info](http://www.lacefalea.info)

Telefono: 3470740642

Email: [michele.viana@ymail.com](mailto:michele.viana@ymail.com)

Questo foglio deve essere stampato e compilato dal paziente con cefalea, per annotare nella maniera più agile e completa possibile le caratteristiche e la frequenza dei suoi mal di testa. Per chi dovrà affrontare una prima visita specifica per cefalea si consiglia inoltre di compilare l'opuscolo "questionario per il paziente prima della visita specialistica per mal di testa" scaricabile dal sito [www.lacefalea.info](http://www.lacefalea.info).

Compilando il diario cefalee e rispondendo alle domande del questionario il paziente potrà così iniziare ad annotare e a riflettere su alcune informazioni che verranno richieste dal medico durante la visita per cefalee, permettendo di ricostruire al meglio la storia del mal di testa e di tutte le condizioni che ad esso possono essere legate.

In questo modo si potrà arrivare ad una corretta diagnosi e alla prescrizione di una terapia mirata ed efficace.

## **Istruzioni per la compilazione**

Compilare il diario del mal di testa può aiutare lo specialista nel ricostruire alcune caratteristiche essenziali del mal di testa che sta affliggendo il paziente come la frequenza, la durata e l'intensità della cefalea, gli eventuali sintomi ad essa associati, i fattori scatenanti, il consumo di analgesici e l'efficacia di questi farmaci.

### **Come utilizzare questo diario?**

Il diario delle cefalee deve essere compilato ogni giorno, la compilazione richiede poco tempo.

Si consiglia di produrre copie della pagina successiva, così da avere a disposizione pagine di diario per più mesi.

Iniziare scrivendo i propri dati personali, anno e mese a cui si riferisce quella pagina.

Ciclo mestruale: le pazienti dovranno segnare con una croce l'eventuale presenza del flusso mestruale.

Cefalea indicare se ha avuto cefalea oppure no in quella giornata. Importante: il termine "cefalea" indica genericamente "mal di testa". Rispondere "sì" se il paziente ha presentato qualsiasi tipo di dolore al capo (includendo anche il volto e la nuca), di qualsiasi intensità (anche dolori lievi) e di qualsiasi durata (anche attacchi molto brevi).

Se nella giornata non si sono verificati dolori di questo tipo segnare "no" – in tal caso la compilazione per quel giorno è terminata. Chi risponderà "sì", dovrà proseguire nella compilazione.

Ora inizio: ora a cui ha capito che le stava iniziando un attacco di cefalea. Se già presente al risveglio, indichi qui l'ora a cui si è svegliato. Se invece la cefalea prosegue dal giorno precedente inserisca una "P" in questo spazio.

Disturbi precedenti la cefalea (1 di 2): alcune persone possono avere disturbi transitori della durata da pochi minuti ad ora circa precedenti il mal di testa, di tipo visivo (luci lampeggianti o a forma di zig-zag, macchie nere o bianche nel campo visivo che tendono ad espandersi), di tipo sensitivo (formicolio ad un braccio/volto), o difficoltà a parlare.

Disturbi precedenti la cefalea (2 di 2): altri pazienti alcune ore prima dell'esordio del mal di testa possono presentare alcuni sintomi tra cui: sbadigli frequenti, senso di instabilità/vertigine, stanchezza/spossatezza, cambiamenti dell'umore, sensazione di collo dolente/rigido, sensazione di non aver digerito bene / nausea, fastidio a luci/rumori/odori, aumento della fame / sete, difficoltà a concentrarsi / leggere / parlare. *Alcuni di questi sintomi possono proseguire durante la cefalea.*

Intensità del dolore: intensità massima del dolore su quell'attacco, indicato con una scala di 3 punti:

- 1: dolore lieve, fastidioso ma non limita le comuni attività quotidiane;
2. dolore moderato, limita ma non impedisce completamente le comuni attività quotidiane;
3. dolore severo, rende impossibile qualsiasi attività.

Sintomi associati alla cefalea: alcune forme di cefalea possono essere associate a nausea, vomito, sensibilità/fastidio a luce, sensibilità/fastidio a rumori, sensibilità/fastidio a odori, alcuni dei sintomi riportati in "disturbi precedenti la cefalea", o ancora altri fenomeni.

Farmaco assunto: farmaco sintomatico assunto per il mal di testa

Durata cefalea: quanto tempo totale è durato il mal di testa

Fattori scatenanti: cibi (formaggi, agrumi, cioccolato, contenenti glutammato monosodico,...), digiuno / disidratazione, cicli mestruali / fase di ovulazione / sospensione pillola, caffeina, alcol, farmaci, stress/rilassamento dopo stress, eccessivo sonno / poco sonno, forti stimoli visivi / uditivi / olfattivi, attività fisica (segnare quale), alcune posture / movimenti del collo, tossire/starnutire, cambiamenti meteorologici, voli a lungo raggio, lunghi viaggi, altitudine, altri...

Giorno	Ciclo mestruale	Cefalea	Ora Inizio	Disturbi precedenti la cefalea	Intensit à dolore (1 - 2 - 3)	Sintomi associati alla cefalea	Farmaco assunto	Durata cefalea	Fattori scatenanti
1		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
2		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
3		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
4		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
5		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
6		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
7		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
8		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
9		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
10		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
11		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
12		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
13		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
14		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
15		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
16		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
17		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
18		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
19		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
20		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
21		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
22		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
23		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
24		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
25		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
26		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
27		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
28		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
29		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
30		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
31		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							