

Dott. Michele Viana

La**CEFALEA**.INFO

www.lacefalea.info

Diario della Cefalee CRONICHE

Istruzioni per la compilazione

1. Nella tabella più grande (in cui ogni riga corrisponde ad un'ora della giornata e la colonna ad un giorno del mese), segnare l'intensità del mal di testa per tutta la sua durata e le ore di sonno:

- Forte: totale incapacità di svolgere qualsiasi attività
- Medio: notevole limitazione di qualsiasi attività – lavoro, studio, faccende di casa – senza necessità di riposo a letto
- Lieve: nessuna limitazione delle normali attività
- Assenza di mal di testa (lasciare il quadratino bianco)**
- S** Ore sonno
- A** Aura emicranica (SOLO per chi ha diagnosi di emicrania con aura)

2. **CICLO MESTRUALE**. Indicare con M i giorni di mestruazione e con P i giorni in cui assume la pillola

3. **Farmaci**: nella terza tabella segnalare con una croce l'assunzione del farmaco AL BISOGNO, in corrispondenza del farmaco (1, 2 o 3) nel giorno di assunzione dello stesso. *Se nella stessa giornata si assume 2 o 3 volte lo stesso farmaco, segnare 2 o 3 crocette nel riquadro corrispondente.*

Nome	Anno																																					
	Mese																																					
Giorno	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	31							
Ore	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	31							
1																																						
2																																						
3																																						
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						
11																																						
12																																						
13																																						
14																																						
15																																						
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
21																																						
22																																						
23																																						
24																																						
Dolore da un solo lato D/S																																						

CICLO MESTRUALE

Indicare con M i giorni di mestruazione e con P i giorni in cui assume la pillola

Mestruazione																																							
Pillola																																							

Farmaci al bisogno

Farmaco 1																																							
Farmaco 2																																							
Farmaco 3																																							

Farmaco 1 _____ Farmaco 2 _____ Farmaco 3 _____