Diario della cefalea

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft

Mese_____

Indicare i farmaci assunti durante l'attacco di cefalea:

A:_____

B:_____

C:_____

Intensità del dolore (0-10 punti)
(0= dolore assente, 10= dolore massimale)

Prodromi:
F: Lampi di luce scintillante
G: Sintomi sensitivi (formicolio, intorpidimento)
S: Difficoltà nel linguaggio/disturbi dell'eloquio
❍ altri sintomi:
_____
✱ altri sintomi:
_____

Durata dei dolori:
Indicare la durate in ore

Fattori scatenanti per il dolore:
1. Agitazione/stress
2. Fase di rilassamento
3. Alterazioni del ritmo sonno-veglia
4. Mestruazioni
5. Fattore scatenante individuale
_____
6. Un'altro fattore scatenante personale_____

Altri sintomi associati:
T Lacrimazione
R Arrossamento degli occhi
N Rinite/ostruzione nasale

Genere e località									Sintomi associati							Numero	Efficacia del farmaco?			
Giorno	Fattori catenanti	Intensità	Durata (ore)	pulsante/ trafittivo	sordo/ costrittiv	unilaterale	bilaterale	Sintomi premonitori	Vomito	Nausea	Fastidio per i rumori	Fastidio per la luci	Fastidio per gli odori	Altri sintomi	Farmaco	Gocce / Compresse / Supposte	Si	No	Poco	Giorno
1																				1
2																				2
3																				3
4																				4
5																				5
6																				6
7																				7
8																				8
9																				9
10																				10
11																				11
12																				12
13																				13
14																				14
15																				15
16																				16
17																				17
18																				18
19																				19
20																				20
21																				21
22																				22
23																				23
24																				24
25																				25
26																				26
27																				27
28																				28
29																				29
30																				30
31																				31