

Diario mensile del mal di testa

Nome.....Cognome.....Mese Anno.....

Giorno	Ora inizio	Ora fine	Sede del dolore	Aura	Sintomi associati	Intensità	Disabilità	Farmaco utilizzato Per l'attacco	Efficacia del farmaco	Mestruazioni
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										

- Sede del dolore U = unilaterale; B = bilaterale
- Aura: Si/No
- Sintomi associati: N = nausea; V = vomito; L = fastidio per le luci, R= fastidio per i rumori; O= fastidio per gli odori
- Intensità del dolore : indichi l'intensità del dolore secondo una scala da 1 a 10 (1= dolore lieve 10= dolore fortissimo)
- Disabilità: 1 = lieve (se svolge normalmente le sue attività) - 2 = moderata (se svolge a fatica le sue attività) - 3 = elevata (se non è in grado di svolgere le sue attività)
- Farmaco utilizzato per l'attacco: Specifichi tipo e dose
- Efficacia del farmaco: Si/No/Parziale
- Mestruazioni: Indichi con una crocetta i giorni della mestruazioni
- Terapia preventiva in corso: (farmaco, dose)

-
- Terapia assunta per patologie concomitanti (farmaco, dose)
-