

RECALL 24 h

QUANTITA'

Colazione: Luogo di consumo _____

Zucchero *SI* *NO*

Intolleranza al latte *SI* *NO*

Uso latte delattosato *SI* *NO*

Spuntino: Episodio di cefalea _____

Pranzo: Episodio di cefalea _____

I° Piatto _____

II° Piatto _____

Contorno _____

Frutta _____

Dolci _____

Zucchero *SI* *NO*

Spuntino: Episodio di cefalea _____

Cena: Episodio di cefalea _____

I° Piatto _____

II° Piatto _____

Contorno _____

Frutta _____

Dolci _____

Zucchero *SI* *NO*

Dopo Cena: Episodio di cefalea _____

Alcolici:

Tipo condimento:

grana:

Uso dolcificante:

Uso di alimenti particolari