
IL DIARIO DELLA CEFALEA – DRAFT

Cognome e Nome _____

Data di nascita: _____

Telefono: _____

E-mail: _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

GIORNO DELLA SETTIMANA

Indicare le iniziali del giorno della settimana (L=Lunedì, M=Martedì,etc.) nelle caselle della prima riga del diario sopra la data.

Segnare nello schema a quadretti l'intensità del mal di testa (da 0 a 10) per tutta la sua durata

DOLORE ASSENTE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	DOLORE SEVERO
	LIEVE			MODERATO			SEVERO					

SEGNARE CON S LE ORE DI SONNO

SINTOMI ASSOCIATI: segnare una X nella casella apposita se sono presenti sintomi che si manifestano durante l'attacco: nausea, vomito, intolleranza a luce, rumore, odori

Se prima o durante la cefalea si manifesta il fenomeno dell'AURA (sintomi visivi, formicolii ad un braccio o al volto, disturbi della parol,) scrivere: **A** prima di segnare la cefalea nello schema a riquadri e segnare la durata dei sintomi

SEGNARE NELL'APPOSITA CASELLA SE IL DOLORE È DA UN SOLO LATO:

D per destra, **S** per sinistra, **DS** se il dolore è tutta la testa

SEGNARE NELLE APPOSITE CASELLE DELLO SCHEMA:

P se il dolore è pulsante; **G** se il dolore gravativo ; **A** se il dolore è di altro tipo

SEGNARE X SE IL DOLORE PEGGIORA CON IL MOVIMENTO (es. piegare la testa, fare le scale)

SEGNALARE (QUI) I FARMACI SINTOMATICI ASSUNTI AL BISOGNO (NOME PER ESTESO):

Iniziale del farmaco _____

Dosi nelle 24 ore _____

Orari di assunzione _____

FATTORI SCATENANTI: compilare se il mal di testa è scatenato da alcuni fattori quali cibo, stress, cambiamenti climatici, etc.

SEGNARE NELLE APPOSITE CASELLE DELLO SCHEMA:

M i giorni in cui si verifica la mestruazione

P i giorni di eventuale assunzione della "pillola anticoncezionale" o di terapie or

DOSI DI ANALGESICI ASSUNTI

NUMERO DI DOSI/ MESE

MESE	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
GENNAIO (A)																														
(T)																														
FEBBRAIO (A)																														
(T)																														
MARZO (A)																														
(T)																														
APRILE (A)																														
(T)																														
MAGGIO (A)																														
(T)																														
GIUGNO (A)																														
(T)																														
LUGLIO(A)																														
(T)																														
AGOSTO (A)																														
(T)																														
SETTEMBRE(A)																														
(T)																														
OTTOBRE (A)																														
(T)																														
NOVEMBRE (A)																														
(T)																														
DICEMBRE (A)																														
(T)																														

NB: Indicare con l'iniziale del nome commerciale corrispondente il triptano e/o l'analgesico assunto nel corso di ciascun mese inserendolo nell'apposita casella