

# DIARIO DELLA CEFALEA

Cognome

Nome

Data di nascita

Telefono

Email



**ESEMPIO COMPILAZIONE**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
ORE (L)	0		S										
	1		S										
	2		S										
	3		S										
	4		S										
	5			1									
	6			1									
	7			1									
	8			A15									
	9			1									
	10			1									
	11			1									
	12			1									
	13			1									
	14												
	15												
	16												
	17												
	18												
	19												
	20												
	21												
	22												
	23												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

S = ore di sonno

A = aura  
12 = minuti (durata)

1 = cefalea lieve  
2 = cefalea media  
3 = cefalea forte

Lasciare i riquadri in bianco se non ha nessun dolore

Sintomi associati

Nausea/ Vomito			X										
Foto/Fonofobia			X										

X = Sintomi

Caratteristiche del dolore

Lato del dolore D/S/B			D										
P = pulsante C = costrittivo A = altro			C										
Peggiora col movimento			X										

D = destro S = sinistro B = bilaterale

P = pulsante C = costrittivo A = Altro

X = peggioramento col movimento

Farmaci al bisogno

Iniziali farmaco			SER										
ora assunzione			8										
Iniziali farmaco			CIR										
ora assunzione			14										
Iniziali farmaco			TIR										
ora assunzione			16										
Iniziali farmaco			GUZ										
ora assunzione			18										
N° / 24 ore			4										

iniziali farmaco

orario assunzione

dosaggio giornaliero

Indicare con M i giorni di mestruazione e con P i giorni

Mestruazione				M	M	M							
Pillola	P	P	P										

M = mestruazione

P = pillola

