

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	Pressione arteriosa	Frequenza cardiaca
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
- Pressione arteriosa indichi i valori di pressione arteriosa durante il mal di testa (nei casi in cui è richiesto dal medico)
- Frequenza cardiaca indichi i valori di frequenza cardiaca durante il mal di testa (nei casi in cui è richiesto dal medico)

• Terapia preventiva in corso per la cefalea: (farmaco, dose)

• Terapia assunta per patologie concomitanti (farmaco, dose)
