



DIARIO DELLE CEFALEE

Nome e cognome: _____ Mese: _____ Anno: _____

Giorno	Ora inizio	Ora fine	Aura	Sintomi associati	NRS 0-10	Disabilità	Farmaco utilizzato 1	Farmaco utilizzato 2	Efficacia	Ciclo mestruale	Note
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											

LEGENDA
Aura: No; V visiva; A atipica.
Farmaco 1/2: nome del sintomatico e dose assunta

Sintomi: N nausea; Vo vomito; Ve vertigini.
Ciclo mestruale: Si/No; segnare X nei giorni di mestruazione

Intensità: NRS 0-10: 0 nessun dolore; 10 peggior dolore immaginabile.

Disabilità: scrivere cosa non si è riusciti a fare o si è ridotto a causa del mal di testa: lavoro, casa, svago.