

(Istruzioni per la compilazione)

Segnare nello schema a riquadri l'intensità del mal di testa per tutta la sua durata e le ore di sonno:

3=**Forte** (totale incapacità di svolgere qualsiasi attività / necessità di riposo a letto o di isolarsi)

2= **Medio** (notevole limitazione di qualsiasi attività - lavoro, studio, faccende di casa - senza necessità di riposo a letto) =

1=**Lieve** (nessuna limitazione delle normali attività)

S = Ore di sonno

Segnare nell'apposita casella se il dolore è da un solo lato: D per destra, S per sinistra

Sintomi associati: segnare una X nella casella apposita se sono presenti sintomi che si manifestano durante l'attacco:

nausea, vomito, intolleranza alla luce, intolleranza al rumore, intolleranza agli odori

Segnare nelle apposite caselle dello schema:

P se il dolore è pulsante, **C** se il dolore è costrittivo/pressante, **A** se il dolore è di altro tipo

Se si manifesta il fenomeno dell'Aura (sintomi visivi, formicolii ad un braccio o al volto, disturbi della parola, che si manifestano prima della cefalea e che scompaiono alla sua insorgenza o poco dopo)

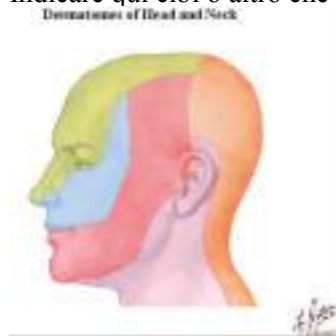
Segnalare qui i farmaci che si assumono:

farmaco o altro utilizzato per la eventuale profilassi: _____

farmaco/i utilizzato/i al bisogno: _____

Indicare all'interno delle caselle del diario il farmaco utilizzato al bisogno, con le iniziali, il numero totale dei farmaci assunti nella giornata, gli orari di assunzione.

Indicare qui cibi o altro che abbiano una eventuale relazione con l'insorgenza delle crisi.



Indicare sulle immagini con una x dove inizia il mal di testa e con un O dove si irradia