

# ANNOTARE, PUÒ AIUTARE

Nome e cognome .....

Mese e anno: .....

Assunzione Farmaci profilassi

Sì

No

Nome Farmaco ..... Dosaggio .....

	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	
Presenza cefalea (n° ore)																																
Segnare l'intensità (lieve - verde; media - arancio; forte - rossa)																																
Sintomi*																																
Numero di farmaci sintomatici assunti (FANS/Triptani). (Se non ne ha assunte metta 0)																																
Fattori precipitanti#																																
Presenza ciclo mestruale																																

NOTE: .....

Segnare all'interno delle tabelle il numero corrispondente per:

\*SINTOMI: 1 Disturbi di parola; 2 Parestesia (addormentamento di braccia e gambe); 3 Emianopsia (oscuramento di metà campo visivo); 4 Fotopsia; 5 Fotofobia; 6 Fonofobia; 7 Scotomi scintillanti; 8 Vomito/nausea; 9 Altro (indicare)

# FATTORI PRECIPITANTI: 1 Stanchezza/affaticamento; 2 Stress; 3 Ansia; 4 Caldo/freddo; 5 Luce del sole; 6 Deprivazione del sonno/insonnia; 7 Cibo; 8 Attività fisica; 9 Spostamenti; 10 Lettura; 11 Altro (indicare)

# ANNOTARE, PUÒ AIUTARE

Il diario è uno strumento utile nel processo diagnostico e nella gestione della malattia




## È IMPORTANTE COMPILARE IL DIARIO TUTTI I GIORNI!

### PRESENZA E DURATA

Indichi se ha l'emicrania (SÌ/NO) e quante ore dura.

### INTENSITÀ

Indichi l'intensità dell'attacco secondo la scala sotto riportata.

-  **Lieve:** emicrania che impatta poco sulle normali attività quotidiane e/o lavorative
-  **Moderata:** emicrania che limita ma non impedisce le attività quotidiane e/o lavorative
-  **Grave:** emicrania che impedisce le attività quotidiane e/o lavorative

	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	
Presenza cefalea (n° ore)																																
Segnare l'intensità (lieve - verde; media - arancio; forte - rossa)																																
Sintomi*																																
Numero di farmaci sintomatici assunti (FANS/Triptani). (Se non ne ha assunte metta 0)																																
Fattori precipitanti#																																
Presenza ciclo mestruale																																

### SINTOMI

Indichi i sintomi che precedono o si associano all'attacco di emicrania. Di seguito i più frequenti:

- 1 Disturbi di parola; 2 Parestesia (addormentamento di braccia e gambe); 3 Emianopsia (oscuramento di metà campo visivo); 4 Fotopsia; 5 Fotofobia; 6 Fonofobia; 7 Scotomi scintillanti; 8 Vomito/nausea.

### FARMACI SINTOMATICI

Indichi il numero di trattamenti (FANS/Triptani) utilizzati per il dolore. Se non ne usa indichi 0.

### FATTORI PRECIPITANTI

Indichi il fattore scatenante che a suo avviso è collegato all'attacco. Inserisca i numeri corrispondenti ai fattori che vuole indicare.

- 1 Stanchezza/affaticamento; 2 Stress; 3 Ansia; 4 Caldo/freddo; 5 Luce del sole; 6 Deprivazione del sonno/insonnia; 7 Cibo; 8 Attività fisica; 9 Spostamenti; 10 Lettura.

Indichi la **PRESENZA DEL CICLO MESTRUALE** nella riga sottostante i giorni di riferimento (SÌ/NO).