

DIARIO DELLA CEFALEA**LEGENDA**

NOME

ETA'

Mese e anno

Terapia di profilassi:																																	
Giorni del Mese	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		
Ore 1																																	1
2																																	2
3																																	3
4																																	4
5																																	5
6																																	6
7																																	7
8																																	8
9																																	9
10																																	10
11																																	11
12																																	12
13																																	13
14																																	14
15																																	15
16																																	16
17																																	17
18																																	18
19																																	19
20																																	20
21																																	21
22																																	22
23																																	23
24																																	24
Aura (tipo)																																	
Tipo di dolore																																	
Lato dx/sx/bilat.																																	
Sintomi Associati																																	
Nausea																																	
Vomito																																	
Intolleranza luce																																	
Intolleranza rumori																																	
Intolleranza odori																																	
Peggiora con il movimento																																	
Fattori inducenti																																	
Analgesici																																	
Tipo																																	
Orario assunzione																																	
n° nelle 24 h																																	
Mestruazioni																																	
Flussi/ovulazione																																	
Pillola																																	

Indicare nella colonna corrispondente alla data della crisi, ora per ora l'intensità della cefalea come segue:
1 = Lieve (nessuna limitazione delle normali attività)
2 = Media (notevole limitazione di qualsiasi attività -lavoro, studio, faccende di casa - senza necessità di riposo a letto)
3 = Forte (totale incapacità di svolgere qualsiasi attività e necessità di riposo a letto)

Aura: sintomo che precede la cefalea, dura 5-60 min e può essere di vario tipo:
 V= disturbo visivo
 S= sensibilità / formicolio
 L= linguaggio
 E= equilibrio / vertigine
 M= movimento / paralisi
 P= prolungata (durata > 60 min)

Tipo di dolore indicare se:
 1=pulsante
 2= costrittivo
 3= altro

Fattori inducenti indicare:
 1=Cibi/bevande
 2= Variazioni meteo
 3= Variazioni sonno
 4= Superlavoro/stress
 5= Litigi/preoccupazioni
 6= Cambiamento stile di vita
 7= Esposiz. a luce
 8= Esposizione a rumori
 9= Esposizione ad odori

Analgesici: indicare ogni tipo di analgesico assunto nel mese
tipo 1:
tipo 2:
tipo 3:
tipo 4:

Gentile paziente,

Ecco il file del diario, si tratta di uno strumento molto semplice da usare. Può esser stampato, o compilato sul file, avendo l'accortezza di aggiungere un foglio nuovo per ogni mese.

Nelle colonne sono indicati i 31 giorni del mese, le 24 ore nelle righe: in caso di mal di testa, nella colonna corrispondente alla data corrente, andrà segnata l'intensità del dolore ora per ora, mettendo un 1, un 2 o un 3 (come da leggenda) nei quadratini corrispondenti all'orario (ATTENZIONE: non limitarsi a segnare il solo orario di insorgenza della cefalea, mi serve di vedere quante ore dura ciascun attacco e qual è l'intensità della cefalea ora per ora).

Poi, vanno segnalati il tipo di dolore, il lato e la presenza dei sintomi associati, mettendo una crocetta in caso di presenza di ciascuna delle voci lì riportate.

Nel caso ci sia un fattore di scatenamento tra quelli suggeriti in leggenda, va riportato nell'apposito spazio il numero ad esso corrispondente (ma qualora se ne individuassero di ulteriori, potranno essere aggiunti a quelli esistenti, segnandoli a lato e indicandoli con altri numeri).

Per gli analgesici, mi occorre sapere il tipo usato, l'orario di assunzione e la quantità assunta. Per semplificarle la compilazione, in basso a destra c'è uno spazio in cui segnare i tipi di analgesico assunti nel mese ("tipo 1", "tipo 2", ecc): possono esser segnati lì i nomi dei farmaci, riportando nello schema (nella riga "tipo d'analgesico") il numero corrispondente al tipo (1, 2, 3 o 4).

Ovviamente, in assenza di dolore non andrà segnato nulla di quanto riportato sopra!

NB: Nel caso di donne in età fertile, compilare anche le righe relative alle mestruazioni, secondo le seguenti indicazioni.

Nelle righe relative alle mestruazioni, vanno segnalati con una crocetta i giorni in cui è presente il flusso mestruale (da segnalare tutti, non solo il primo); le mestruazioni vanno segnalate pure se in quei giorni non si presentasse il mal di testa!

Inoltre, se possibile, andrebbero segnalate con una "O" le ovulazioni, sebbene non tutte le donne siano in grado di individuare il giorno in cui esse avvengono (segnalarle, quindi, solo in caso di certezza, altrimenti, meglio lasciar in bianco).

Nel caso di uso di un contraccettivo ormonale, vanno segnalati nella riga specifica i giorni di inizio e sospensione mensili dello stesso (pillola/cerotto/anello), o i giorni di cambio scatola per quelli senza interruzione.

Esempio, di crisi insorta il giorno 2, senz'aura, unilaterale sinistra e pulsante, accompagnata da nausea e vomito, fotofobia, aggravata dal movimento, durata 2 giorni, e trattata con analgesici. Flusso mestruale tra il 4 e il 7.

Giorni del Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ore 1												
2												
3												
4												
5												
6												
7		1										
8		1	1									
9		2	2									
10		2	3									
11		2	3									
12		3	2									
13		3	1									
14		2	1									
15		1										
16		1										
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
Aura (tipo)												
Tipo di dolore		1	1									
Lato dx/sx/bilat.		S	S									
Sintomi Associati												
Nausea		X	X									
Vomito		X										
Intolleranza luce		X	X									
Intolleranza rumori												
Intolleranza odori												
Peggiora con il movimento		X	X									
Fattori inducenti												
Analgesici												
Tipo		1	1									
Orario assunzione		14	12									
n° nelle 24 h		1	1									
Mestruazioni												
Flussi/ovulazione					X	X	X	X				
Pillola												

Materiale a esclusivo uso interno