Diario della Cefalea

Cognome **Data mestruazione**

Nome **Mese** **Anno**

Giorno 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
Giorno della settimana																															
Intensità																															
1 = fastidioso																															
2 = non permette di lavorare																															
3 = deve stare a letto																															
Aumenta per lievi sforzi? (S o N)																															
Durata (in ore)																															
Localizzazione del dolore																															
1 = monolaterale (metà testa)																															
2 = bilaterale (tutta la testa)																															
Tipo del dolore																															
1 = pulsante																															
2 = pesante																															
3 = costrittivo (stringe)																															
4 = uniforme, continuo																															
5 = lancinante (fitte)																															
6 = urente (brucia)																															
7 = formicolio																															
8 =																															
Disturbi collaterali																															
Nausea																															
Vomito																															
Fastidio alla luce																															
Fastidio ai rumori																															
Disturbi visivi																															
Lacrimazione																															
Farmaci usati (n° volte al dì)																															