U. O. CENTRO REGIONALE DI DIAGNOSI E CURA DELLE CEFALEE - IRCCS FONDAZIONE "ISTITUTO NEUROLOGICO C. MONDINO" DI PAVIA
(Responsabile Dott.ssa G. Sances)

CENTRO INTERUNIVERSITARIO CEFALEE E DISORDINI ADATTATIVI (UCADH) SEZIONE DI PAVIA
(Responsabile Prof. Giorgio Sandrini)

Diario della Cefalea a Grappolo - 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:

Forte : totale incapacità di svolgere qualsiasi attività prima mezz'ora seconda mezz'ora

Eventualmente:

// Medio: notevole limitazione di qualsiasi attività – lavoro, studio, faccende di casa – senza necessità di riposo a letto

= Lieve : nessuna limitazione delle normali attività

S Ore di sonno

Segnare Dx = destro oppure Sx = sinistro nell'apposita casella se il dolore è da un solo lato

Sintomi associati: segnare una X nella casella apposita se sono presenti sintomi che si manifestano durante l'attacco:
- nausea, vomito, intolleranza alla luce, ai rumori, agli odori;
- lacrimazione, occhio rosso, palpebra abbassata, naso chiuso, naso che cola, sudorazione, calore

Segnare X se il dolore si associa ad irrequietezza motoria (ad es. incapacità di restare fermi, immobili)

Segnare nelle apposite caselle dello schema:

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

Segnare X se il dolore peggiora con il movimento (ad es. piegare la testa, fare le scale, chinarsi)

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) scrivere:

A prima di segnare la cefalea nello schema a riquadri

Segnalare i farmaci che si assumono al bisogno:

Iniziale del nome per il tipo
Numero totale nella giornata
Orari di assunzione

Indicare qui i farmaci (nome per esteso)

_____
_____
_____

Segnare nelle apposite caselle dello schema:

M i giorni in cui si verifica la mestruazione

P i giorni di eventuale assunzione della "pillola anticoncezionale" o di terapie ormonali

Giorno della settimana

Indicare le iniziali del giorno della settimana (L = Lunedì, M = Martedì, ….) nelle caselle della prima riga del diario sopra la data.

© U. O. Centro Regionale Diagnosi e cura delle Cefalee - IRCCS Fondazione "Istituto Neurologico C. Mondino", Pavia
e Centro Interuniversitario Cefalee e Disordini Adattativi (UCADH) Sezione di Pavia

Diario della Cefalea a Grappolo

Nome _____ Data di nascita _____ Mese _____ Anno _____

Ore \ Giorno	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	
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
Dolore da un solo lato D/S																																24
Sintomi associati																																
Occhio rosso																																
Lacrimazione																																
Palpebra abbassata																																
Naso chiuso																																
Naso cola																																
Irrequietezza																																
Tipo di dolore																																
Pulsante/ Trafittivo/altro																																
Farmaci al bisogno																																
Tipo																																
Orari di assunzione																																
N°/ 24 ore																																
Indicare con M i giorni di mestruazione e con P i giorni in cui assume la pillola																																
Mestruazione																																
Pillola																																

PROSPETTO ANNUALE – Cefalea a Grappolo

Nome: _____

ANNO	gen				feb				mar				apr				mag				giu				Lug				ago				sett				ott				nov				dic			