IRCCS FONDAZIONE ISTITUTO NEUROLOGICO NAZIONALE C. MONDINO

U.O.S DIAGNOSI E CURA DELLE CEFALEE
CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE
(Responsabile: Dott.ssa G. Sances)

HEADACHE SCIENCE CENTER
(Direttore: Prof.ssa C. Tassorelli)

www.mondino.it

Diario Cefalea a Grappolo

Cognome / Nome ……

Data di nascita ……

Telefono ……

e-mail ……

A cura di: G. Sances (IRCCS Fondazione C.. Mondino, Pavia)

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

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

Segnare nello schema a riquadri l'intensità della crisi di cefalea (1 rettangolo = 1 ora):

Forte (totale incapacità di svolgere qualsiasi attività)

// Medio (notevole limitazione di qualsiasi attività - lavoro, studio, faccende di casa)

= Lieve (nessuna limitazione delle normali attività)

Segnare con **S** le ore di sonno sia notturne che durante il giorno

Segnare nell'apposita casella il lato del dolore:
D per destra, **S** per sinistra

Segnare nelle apposite caselle dello schema:
P se il dolore è pulsante; **A** se il dolore è di altro tipo (es. pungente, lancinante, bruciante)

Sintomi associati: segnare una X nella casella apposita se, durante l'attacco, si manifestano i sintomi segnalati (occhio rosso, lacrimazione, palpebra abbassata, senso di naso chiuso, naso che cola, irrequietezza, se altri indicare)

Segnalare (qui) i farmaci che si assumono al bisogno (nome per esteso):
Iniziale del nome, dosaggio e via di assunzione per il tipo:_____
Numero totale nella giornata _____
Orari di assunzione _____

Solo per le donne, 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

Indicare se la giornata lavorativa è stata persa: segnare se il mal di testa ha determinato l'astensione dal lavoro o da scuola.

DIARIO CEFALEA A GRAPPOLO E TACS - CENTRO CEFALEE PAVIA

Cognome/Nome xxxxx Data di nascita xxxx 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	ore
						D							D							D							D					
1						S																										1
2						S																										2
3						S																										3
4						S																										4
5						S																										5
6						S																										6
7																																7
8						= 45																										8
9						=																										9
10																																10
11																																11
12																																12
13																																13
14																																14
15						/ / / 30																										15
16																																16
17																																17
18																																18
19																																19
20																																20
21																																21
22																																22
23						■																										23
24																																24

ESEMPIO

S = ore sonno

= dolore lieve inserire la durata totale della crisi

/// dolore moderato

■ dolore forte 60'

Lasciare i riquadri in bianco se non ha nessun dolore

Caratteristiche del dolore

Lato del dolore **D**= destro / **S**= sinistro						D																										
P= pulsante / **A** = altro						P																										

Sintomi associati

Occhio Rosso						+																										
Lacrimazione						+																										
Palpebra abbassata						+																										
Senso di naso chiuso						+																										
Naso che cola						+																										
Irrequietezza						+																										
Altri																																

Farmaci al bisogno																																
Orari assunzione						15																										
N°/ 24 ore						1																										

Indicare con M i giorni di mestruazione e con P i giorni in cui assume la pillola

Mestruazione					M	M																										
Pillola																																

Indicare se giornata lavorativa / scolastica è stata persa

Astensione dal lavoro																																

DIARIO CEFALEA A GRAPPOLO E TACS - CENTRO CEFALEE PAVIA

Cognome/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	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

Caratteristiche del dolore

Lato del dolore **D**= destro / **S**= sinistro																															
P= pulsante / **A** = altro																															

Sintomi associati

Occhio Rosso																															
Lacrimazione																															
Palpebra abbassata																															
Senso di naso chiuso																															
Naso che cola																															
Irrequietezza																															
Altri																															

Farmaci al bisogno																															
Orari assunzione																															
N°/ 24 ore																															

Indicare con M i giorni di mestruazione e con P i giorni in cui assume la pillola

Mestruazione																															
Pillola																															

Indicare se giornata lavorativa / scolastica è stata persa

Astensione dal lavoro																															

DIARIO CEFALEA A GRAPPOLO E TACS - CENTRO CEFALEE PAVIA

Cognome/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	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

Caratteristiche del dolore

Lato del dolore **D**= destro / **S**= sinistro																															
P= pulsante / **A** = altro																															

Sintomi associati

Occhio Rosso																															
Lacrimazione																															
Palpebra abbassata																															
Senso di naso chiuso																															
Naso che cola																															
Irrequietezza																															
Altri																															

Farmaci al bisogno																															
Orari assunzione																															
N°/ 24 ore																															

Indicare con M i giorni di mestruazione e con P i giorni in cui assume la pillola

Mestruazione																															
Pillola																															

Indicare se giornata lavorativa / scolastica è stata persa

Astensione dal lavoro																															

DIARIO CEFALEA A GRAPPOLO E TACS - CENTRO CEFALEE PAVIA

Cognome/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	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

Caratteristiche del dolore

Lato del dolore **D**= destro / **S**= sinistro																															
P= pulsante / **A** = altro																															

Sintomi associati

Occhio Rosso																															
Lacrimazione																															
Palpebra abbassata																															
Senso di naso chiuso																															
Naso che cola																															
Irrequietezza																															
Altri																															

Farmaci al bisogno																															
Orari assunzione																															
N°/ 24 ore																															

Indicare con M i giorni di mestruazione e con P i giorni in cui assume la pillola

Mestruazione																															
Pillola																															

Indicare se giornata lavorativa / scolastica è stata persa

Astensione dal lavoro																															

DIARIO CEFALEA A GRAPPOLO E TACS - CENTRO CEFALEE PAVIA

Cognome/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	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

Caratteristiche del dolore

Lato del dolore **D**= destro / **S**= sinistro																															
P= pulsante / **A** = altro																															

Sintomi associati

Occhio Rosso																															
Lacrimazione																															
Palpebra abbassata																															
Senso di naso chiuso																															
Naso che cola																															
Irrequietezza																															
Altri																															

Farmaci al bisogno																															
Orari assunzione																															
N°/ 24 ore																															

Indicare con M i giorni di mestruazione e con P i giorni in cui assume la pillola

Mestruazione																															
Pillola																															

Indicare se giornata lavorativa / scolastica è stata persa

Astensione dal lavoro																															