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 della Cefalea

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 del mal di testa per tutta la sua durata e le ore di sonno (1 quadrato = 1 ora):

- ■ Forte (totale incapacità di svolgere qualsiasi attività/necessità di riposo a letto o di isolarsi)
- // Medio (notevole limitazione di qualsiasi attività - lavoro, studio, faccende di casa - senza necessità di riposo a letto)
- = Lieve (nessuna limitazione delle normali attività)

Segnare con **S** le ore di sonno

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 o poco dopo) scrivere: **A** prima di segnare la cefalea nello schema a riquadri e segnare la durata dei sintomi

Sintomi associati: segnare una X nella casella apposita se sono presenti sintomi che si manifestano durante l'attacco: nausea, vomito, intolleranza a luce, rumore, odori

Segnare nell'apposita casella se il dolore è da un solo lato:
D per destra, **S** per sinistra, **B** se il dolore è bilaterale

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

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

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 _____

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

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

DIARIO DELLA CEFALEA: ESEMPIO DI MODALITÀ DI COMPILAZIONE

Cognome/Nome xxxxx **Data di nascita** xxxx **Mese** xxxx **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						A 15																										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					S	S																										23
24					S	S																										24

S = ore sonno

A = aura
15 = minuti (durata)

= cefalea lieve

/// cefalea media

■ cefalea forte

ESEMPIO

Lasciare i riquadri in bianco se non ha nessun dolore

Sintomi associati

Nausea						+																										
Vomito						+																										
Int. luce						+																										
Int. rumori						+																										
Int. odori						+																										

Caratteristiche del dolore

Lato del dolore D / S / B						D																										
P= pulsante / **C**= costrittivo **A** = altro						P																										
Peggiora con il movimento						X																										

Farmaci al bisogno

Tipo farmaco Iniziale nome						X																										
Orari assunzione						15																										
N°/ 24 ore						1																										

Indicare se assenza da lavoro / scuola

Astensione dal lavoro																																

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

Mestruazione					M	M	M	M																								
Pillola																																

DIARIO DELLA CEFALEA -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
Sintomi associati																																
Nausea																																
Vomito																																
Intolleranza luce																																
Intolleranza rumori																																
Intolleranza odori																																
Caratteristiche del dolore																																
Lato del dolore D / S / B																																
P = pulsante / C =costrittivo A = altro																																
Peggiora con il movimento																																
Farmaci al bisogno																																
Tipo farmaco Iniziale nome																																
Orari di assunzione																																
N°/ 24 ore																																
Indicare se assenza da lavoro / scuola																																
Astensione dal lavoro																																

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

Mestruazione																																
Pillola																																

DIARIO DELLA CEFALEA -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
Sintomi associati																																
Nausea																																
Vomito																																
Intolleranza luce																																
Intolleranza rumori																																
Intolleranza odori																																
Caratteristiche del dolore																																
Lato del dolore D / S / B																																
P = pulsante / C =costrittivo A = altro																																
Peggiora con il movimento																																
Farmaci al bisogno																																
Tipo farmaco Iniziale nome																																
Orari di assunzione																																
N°/ 24 ore																																
Indicare se assenza da lavoro / scuola																																
Astensione dal lavoro																																

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

Mestruazione																																
Pillola																																

DIARIO DELLA CEFALEA -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
Sintomi associati																																
Nausea																																
Vomito																																
Intolleranza luce																																
Intolleranza rumori																																
Intolleranza odori																																
Caratteristiche del dolore																																
Lato del dolore D / S / B																																
P = pulsante / C =costrittivo A = altro																																
Peggiora con il movimento																																
Farmaci al bisogno																																
Tipo farmaco Iniziale nome																																
Orari di assunzione																																
N°/ 24 ore																																
Indicare se assenza da lavoro / scuola																																
Astensione dal lavoro																																

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

Mestruazione																																
Pillola																																