



**CENTRO CEFALEE - PAVIA**  
**ISTITUTO NEUROLOGICO NAZIONALE C. MONDINO, IRCCS**



Cognome/Nome/ data nascita.....

ANNO: .....

GIORNI	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
Gennaio																															
Febbraio																															
Marzo																															
Aprile																															
Maggio																															
Giugno																															
Luglio																															
Agosto																															
Settembre																															
Ottobre																															
Novembre																															
Dicembre																															

- Segnare nelle caselle i giorni con cefalea come segue: **X o 1** = dolore lieve    **XX o 2** = dolore moderato    **XXX o 3** = dolore forte
- Se assume farmaci al bisogno per la cefalea scrivere nella casella del giorno l’iniziale del farmaco + il numero di dosi assunte nella giornata
- Segnare **A** se fenomeni tipo aura
- Segnare **M** nei giorni di mestruazione / Segnalare **P** se assume pillola anticoncezionale
- In ogni **Mese** segnare il numero di giorni di assenza dal lavoro o da scuola a causa della cefalea