

Mon calendrier des maux de tête

Mois: _____ Médicaments: A _____ B _____ C _____

Heure		Douleurs				Symptômes		Mesures				Activités		Notes						
Jour	Migraine	Maux de tête	Intensité (1-10) (1 = faible, 10 = forte)	Durée (heures)	pulsant/piquant	sourd/oppressant	d'un seul côté/des deux côtés (1/2)	A - Aura V - Vomissements So - Sensibilité aux odeurs Sb - Sensibilité au bruit Sl - Sensibilité à la lumière N - Nausée	as - autres symptômes	Humeur (1-10) (1 = très bonne, 10 = très mauvaise)	Médicaments (A-C)	Nombre	utile (1-10) (1 = très, 10 = pas du tout)	autres mesures		Sport	Détente	Heure	Vous avez ici de la place pour des notes, comme par exemple • Quand vos migraines/céphalées ont-elles commencé? (heure de la journée) • Quels ont été les déclencheurs possibles? (sommeil, cycle, météo, stress) • Quels étaient les signes avant-coureurs? • Qu'est-ce qui vous a aidé, qu'est-ce qui a aggravé les symptômes?	