

Come usare il Diario del mal di testa

Completare ogni pagina del diario il più accuratamente possibile per ogni mal di testa.

- Annotare con precisione lo sviluppo del dolore, la caratteristica del dolore e gli effetti secondari.
- Annotare quali medicine sono state probabilmente assunte, e quali effetti hanno avuto.
- Considerare se si era soggetti a particolare stress prime che iniziasse il mal di testa, o se si aveva ingerito particolari cibi o bevande.

Mantenere aggiornato questo Diario del mal di testa richiederà tempo e impegno. Considerate però quanto tempo prezioso avete già sacrificato a causa del mal di testa, quanto ha limitato le vostre attività e influenzato la vostra qualità di vita.

Un diario tenuto accuratamente può aiutare il vostro medico a fare una diagnosi corretta e quindi scegliere per voi una terapia efficace.

Dati personali

Nome e cognome

Indirizzo domicilio

Telefono

Il mio medico

Indirizzo

Telefono

In caso d'incidente pregasi avvisare le seguenti persone

Utilizzo medicine

Nome	Dosaggio	Motivo assunzione Medicina
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Mal di testa n.1

Data

Inizio e fine del mal di testa
ora e data

ora e data

Inizio

Lieve ----- Insoportabile

Sviluppo

Lieve ----- Insoportabile

Dove è localizzato il mal di testa?

Tipi di dolore:

- acuto
- trafittivo
- pungente
- pulsante
- costrittivo

Effetti secondari:

- nausea
- sensibilità al suono
- vomito
- sensibilità alla luce
- disturbi visivi

Cibi:

- latte
- agrumi
- formaggio
- alcol
- cioccolato
- salumi
- digiuno

A quali condizioni eravate soggetti:

- stress
- problemi (lavorativi o con il proprio partner)
- sovrappeso
- mancanza di sonno
- difetti di postura, posizioni scomode
- weekend/ferie
- mestruazioni
- troppo fumo
- eccesso di cibo
- fame

Fattori ambientali:

- fumo
- luci intense
- odori forti
- modificazioni climatiche
- altitudine

Quali medicine sono state assunte?

Nome/dosaggio

Ora _____

Effetto _____

Mal di testa n.2

Data

Inizio e fine del mal di testa
ora e data

ora e data

Inizio

Lieve ----- Insoportabile

Sviluppo

Lieve ----- Insoportabile

Dove è localizzato il mal di testa?

Tipi di dolore:

- acuto
- trafittivo
- pungente
- pulsante
- costrittivo

Effetti secondari:

- nausea
- sensibilità al suono
- vomito
- sensibilità alla luce
- disturbi visivi

Cibi:

- latte
- agrumi
- formaggio
- alcol
- cioccolato
- salumi
- digiuno

A quali condizioni eravate soggetti:

- stress
- problemi (lavorativi o con il proprio partner)
- sovrappeso
- mancanza di sonno
- difetti di postura, posizioni scomode
- weekend/ferie
- mestruazioni
- troppo fumo
- eccesso di cibo
- fame

Fattori ambientali:

- fumo
- luci intense
- odori forti
- modificazioni climatiche
- altitudine

Quali medicine sono state assunte?

Nome/dosaggio

Ora _____

Effetto _____