Il mio calendario del mal di testa

Mese: _____ **Medicamento: A** _____ **B** _____ **C** _____

Ora			Dolori					Sintomi		Misure				Attività		Appunti	
Giorno	**Emicrania**	**Mal di testa**	**Intensità** (1-10) (1 = debole, 10 = forte)	**Durata** (ore)	**pulsante/acuto**	**vago/opprimente**	**da un lato/da due lati** (uno/due)	A - **Aura** V - **Vomito** So - **Sensibilità agli odori** Sr - **Sensibilità ai rumori** Sl - **Sensibilità alla luce** N - **Nausea** As - **Altri sintomi** _____	**Stato d'animo** (1-10) (1 = molto bene, 10 = molto male)	**Medicamenti** (A-C)	**Quantità**	**utile** (1-10) (1 = molto, 10 = per niente)	**Altre misure**	**Sport**	**Riposo**	**Ora**	**Qui c'è spazio per gli appunti, ad es.** • Quando è iniziata/o la Sua emicrania/il Suo mal di testa? (Ora del giorno) • Quali erano le possibili cause? (Sonno, ciclo, meteo, stress) • Come si è preannunciato il dolore? • Cosa l'ha aiutata, e cosa ha peggiorato i disturbi?