



Diario per il monitoraggio dell'emicrania

Cognome _____

Nome _____

Sesso M F

Età _____

ANNO		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	Dolore																															
	Analgesici																															
FEBBRAIO	Dolore																															
	Analgesici																															
MARZO	Dolore																															
	Analgesici																															
APRILE	Dolore																															
	Analgesici																															
MAGGIO	Dolore																															
	Analgesici																															
GIUGNO	Dolore																															
	Analgesici																															
LUGLIO	Dolore																															
	Analgesici																															
AGOSTO	Dolore																															
	Analgesici																															
SETTEMBRE	Dolore																															
	Analgesici																															
OTTOBRE	Dolore																															
	Analgesici																															
NOVEMBRE	Dolore																															
	Analgesici																															
DICEMBRE	Dolore																															
	Analgesici																															

Dolore: indicare un numero da 1 a 10 per indicare l'intensità del dolore media durante la giornata.

Analgesici: indicare il numero di analgesici assunto nella giornata.

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F Età alla 1° visita _____ Anno _____

CENTRO PER LO STUDIO E LA CURA DELLE CEFALEE ED ALGIE FACCIALI

Per il dolore lieve Per il dolore moderato Per il dolore grave

	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	Inizio giorno mestr.	NOTE			
GENNAIO																																				
FEBBRAIO																																				
MARZO																																				
APRILE																																				
MAGGIO																																				
GIUGNO																																				
LUGLIO																																				
AGOSTO																																				
SETTEMBRE																																				
OTTOBRE																																				
NOVEMBRE																																				
DICEMBRE																																				