

CALENDRIER DE CRISES **1 mois**



Nom: _____ Mois: _____ Année: _____

Céphalée : identifiez vos types de crises: 1 = Léger | 2 = Modéré | 3 = Sévère (Il se peut que vous n'avez qu'une sorte de crise)

Efficacité du traitement: S = Succès | P = Bénéfice partiel | E = Échec | R = Récidive le même jour | ES = Effets secondaires

Codez vos traitements de crise: A = Advil | T = Tylenol | M= Maxalt, etc.

	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	
Céphalée																																

TRAITEMENTS DE CRISE (médications prises au besoin pour traiter le mal de tête)

	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
Nom et qté:																															

Efficacité																															
Nom et qté:																															

Efficacité																															
Nom et qté:																															

Efficacité																															

TRAITEMENTS PRÉVENTIFS (prise quotidienne pour réduire la fréquence des crises)

	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
Noms et doses																															
Autres détails																															
Règles																															

0 = Aucune | 1 = Capable de faire la journée | 2 = Difficulté à accomplir les tâches | 3 = Manque la journée, se couche | 4 = Visite à l'urgence

Incapacité	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

Inscrivez vos déclencheurs ou symptômes additionnels ci-dessous
