

Nom: _____

Mois: _____

Année: _____

DATE		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
<i>Sévérité du mal ou type de céphalée</i>	Sévère																															
	Modéré																															
	Léger																															

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

Nom: _____ / _____ mg																																
Effet positif?																																
Nom: _____ / _____ mg																																
Effet positif?																																
Nom: _____ / _____ mg																																
Effet positif?																																

Effet: 0-1-2 0 = Aucun 1 = Effet partiel 2 = Succès R: récidence du mal de tête E: effets secondaires

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

Noms et doses																																
Autres détails																																
Menstruations																																

Incapacité																																
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Déclencheurs/autres																																
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Inscrivez vos déclencheurs ou symptômes additionnels ci dessous

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4. _____