Calendrier des maux de tête *(à télécharger sur http://dmkg.de/node/30)*

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.

Mois_____

Veuillez noter les médicaments que vous prenez pour les maux de tête

A :_____

B :_____

C :_____

Intensité de la douleur de 0 à 10
(0 = pas de douleur, 10 = douleur extrême)

Signes précurseurs
F Troubles visuels (points scintillants)
G Troubles sensoriels (picotements, diminution des sensations)
S Troubles du langage
❍ Autres symptômes :
_____
✱ Autres symptômes :
_____

Durée de la douleur
Saisissez la durée en heures

Déclencheurs
1. Excitation/stress
2. Phase de récupération/repos
3. Changement du rythme de sommeil
4. Menstruations
5. Déclencheur personnel

_____

6. Autre déclencheur personnel

_____

Symptômes secondaires
T Yeux larmoyants
R Yeux rouges
N Écoulement du nez/congestion nasale

Type et localisation de la douleur									Symptômes secondaires							Quantité	Le médicament vous a-t-il aidé		
Jour	Déclencheur	Intensité	Durée (h)	Lancinante/ perçante	Sourde/ oppressante	Unilatérale	Bilatériale	Signes précurseurs	Vomissements	Nausées	Sensibilité au bruit	Sensibilité à la lumière	Sensibilité aux odeurs	Autres	Médicament	Gouttes / comprimés / suppositoires	Oui	Non	Peu
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																			