

## DIARIO DEL MAL DI TESTA

Il diario del mal di testa **compilalo così**

Il diario va compilato **ogni volta che viene un attacco di mal di testa**. Si devono annotare, in modo accurato e per un tempo minimo di circa due mesi, sintomi e dettagli sulla crisi dolorosa e sul trattamento usato per curarla.

Le informazioni essenziali che devono comparire nel diario sono:

*le caratteristiche del dolore:* la localizzazione (a destra, a sinistra, bilaterale, frontale, occipitale), il tipo (pulsante, costrittivo come una fascia che stringe la testa, trafittivo come una pugnalata), l'intensità (lieve, moderata, forte, invalidante), la frequenza, la durata, la presenza o meno della nausea e di altri sintomi concomitanti, come disturbi visivi o formicolii alle mani;

*l'alimentazione:* cosa e quanto si è mangiato o bevuto prima dell'attacco, con particolare attenzione a cioccolato, caffè, cibi salati, formaggi;

*i fattori fisici:* se il dolore compare dopo uno sforzo fisico o dopo aver tenuto per lungo tempo una particolare postura;

*i fattori emotivi:* se il mal di testa si innesca in corrispondenza di situazioni di stress o di momenti di ansia o depressione;

*i fattori ambientali:* se la cefalea si manifesta dopo aver soggiornato in stanze senza ricambio d'aria, o dopo aver respirato i gas di scarico delle macchine, o essere stati in presenza di vernici o solventi, o dopo un cambio di altitudine;

*i fattori meteorologici:* se il dolore compare dopo l'esposizione al sole o al vento, o in concomitanza con l'arrivo del brutto tempo;

*i fattori ormonali:* se l'emicrania colpisce le donne prima o durante il periodo mestruale, con l'assunzione di contraccettivi orale, nei primi mesi di gravidanza;

*i medicinali assunti:* il nome o la categoria di appartenenza dei farmaci, i risultati ottenuti, la durata della somministrazione.

ANNO.....

MESE.....

N.B. LE PAZIENTI FEMMINE DOVRANNO COLORARE LE CASELLE DEL MESE RELATIVE AL CICLO MESTRUALE

### ATTACCHI DI CEFALEA

Ore del giorno (N= notte)

Giorno del mese	N	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
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																		

Data					
Ora d'inizio					
Durata dell'attacco					

<b>Segnali premonitori</b>					
nausea					
vomito					
fotofobia					
fastidio a suoni					
fastidio a odori					
inappetenza					
disturbi alla vista					
formicolii alle mani					
Altro					

<b>Tipo di dolore</b>					
pulsante					
acuto					
trafittivo					
pungente					
costrittivo					
Altro					

<b>Intensità del dolore</b>					
lieve					
moderata					
forte					
invalidante					

<b>Sede del dolore</b>					
lato destro					
lato sinistro					
bilaterale					
frontale					
occipitale					

<b>Fattori scatenanti</b>					
---------------------------	--	--	--	--	--

<b>Alimenti</b>					
caffè					
salumi					
formaggi stagionati					
cioccolato					
frutta secca					
alimenti preconfezionati					
altro					

<b>Fattori emotivi</b>					
stress					
ansia					
depressione					
altro					

<b>Fattori ambientali</b>					
fumo					
rumori					
odori					
smog					
alta quota					
cambiamento di fuso orario					
altro					

<b>Fattori meteorologici</b>					
vento					
freddo					
variazioni climatiche					
altro					

<b>Fattori ormonali</b>					
mestruazioni					
pillola					
cure ormonali					
altro					

<b>Medicinali o altri prodotti assunti</b>					
<b>Note</b>					