Registro dei farmaci per l'emicrania

Foglio vuoto · da compilare a mano · A4, adatto anche a US Letter · dim.arvetechapps.com · scheda organizzativa, non un test diagnostico

Data	Ora	Tipo di farmaco	Prodotto / quantità assunta	Dolore all’assunzione (0–10)	Risposta / ora	Dubbi / effetti indesiderati

Tipo di farmaco: Triptano · Analgesico di combinazione · Oppioide · Ergotaminico · Analgesico semplice / FANS · Gepante / ditano / altro · Nessuno

Il mese in sintesi – segna ogni giorno

Mese: _____

Giorno	Farmaco	Triptano ecc.	Analgesico semplice
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			
Totale			

Giorni con un farmaco per l’attacco	10+ se più classi
Giorni con triptani, analgesici di combinazione, oppioidi o ergotaminici	10+
Giorni con analgesici semplici o FANS	15+

I riferimenti ICHD-3 (1.3 emicrania cronica; 8.2 cefalea da uso eccessivo di farmaci) valgono per un uso regolare da più di 3 mesi. Un conteggio mensile è uno spunto per parlarne, non una diagnosi. Più assunzioni nella stessa data contano come un giorno.