Diario dell'emicrania da stampare: modello gratuito

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

Data	Mal di testa? (sì/no)	Dolore massimo (0–10)	Dolore / durata	Sintomi / impatto	Farmaco per l’attacco? (sì/no)	Tipo di farmaco	Farmaci / note

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	Mal di testa	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 mal di testa	15+ per >3 mesi: fascia cronica
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.