

FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA CENTRO CEFALEE

Sig. _____

Giorno	DATA	INTENSITA' (0-10)			DURATA ORE			Farmaci preventivi	NAUSEA O VOMITO	Ciclo	FARMACI ASSUNTI ALL'ATTACCO
		da	a	a	dalle	alle	ore totali				

N.B. Indicare data di inizio e fine mestruazioni.
 Intensità del dolore 0 = nessun dolore, 1-3 = lieve, 4-6 = moderato, 7-9 = forte, 10 = fortissimo

FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA CENTRO CEFALEE

Sig. _____

Giorno	DATA	INTENSITA' (0-10)			DURATA ORE			Farmaci preventivi	NAUSEA O VOMITO	Ciclo	FARMACI ASSUNTI ALL'ATTACCO
		da	a	a	dalle	alle	ore totali				

N.B. Indicare data di inizio e fine mestruazioni.
 Intensità del dolore 0 = nessun dolore, 1-3 = lieve, 4-6 = moderato, 7-9 = forte, 10 = fortissimo