SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena

CENTRO CEFALEE E ABUSO DI FARMACI

Diario delle Cefalee

Sig./Sig.ra _____

DATA	INTENSITA' (1 – 10)	DURATA ore	NAUSEA o VOMITO	FARMACI ASSUNTI
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	

N.B. Indicare data di inizio e fine delle mestruazioni

Intensità del dolore: **0** = nessun dolore **1-3** = lieve **4-6** = moderato **7-9** = forte **10** = fortissimo

Sig./Sig.ra _____

DATA	INTENSITA' (1 – 10)	DURATA ore	NAUSEA o VOMITO	FARMACI ASSUNTI
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	
			.	

N.B. Indicare data di inizio e fine delle mestruazioni

Intensità del dolore: **0** = nessun dolore **1-3** = lieve **4-6** = moderato **7-9** = forte **10** = fortissimo