

## MIGRAINES JOURNAL

Notez chaque jour si vous avez eu une crise de migraine.

Les jours où vous avez eu une crise de migraine, notez ce qui suit :

1 = migraine légère ou gênante qui permet une activité quotidienne sans difficulté ou presque,

2 = migraine modérée qui perturbe le bon déroulement des activités quotidiennes,

3 = migraine sévère, le patient ne peut faire face à l'activité quotidienne.

Avez-vous souffert de nausées (non = 0, oui = 1), de vomissements (non = 0, oui = 1) et/ou de troubles visuels (non = 0, oui = 1) pendant la crise ?

Le nombre de comprimés antimigraineux que vous avez dû prendre pendant la crise.

La durée de la période douloureuse (en heures).

Si vous avez dû arrêter vos activités (professionnelles, familiales, sociales, sportives,...) : non = 0, oui = 1.



Nom : .....

Date de naissance : .....

	MOIS :																														
Date	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
Gravité de la crise 1, 2 ou 3																															
Nausées (non = 0, oui = 1)																															
Vomissements (non = 0, oui = 1)																															
Troubles visuels (non = 0, oui = 1)																															
Nombre de comprimés antimigraine																															
Durée de la douleur (en heures)																															
Arrêt d'activités (non = 0, oui = 1)																															

	MOIS :																														
Date	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
Gravité de la crise 1, 2 ou 3																															
Nausées (non = 0, oui = 1)																															
Vomissements (non = 0, oui = 1)																															
Troubles visuels (non = 0, oui = 1)																															
Nombre de comprimés antimigraine																															
Durée de la douleur (en heures)																															
Arrêt d'activités (non = 0, oui = 1)																															

	MOIS :																														
Date	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
Gravité de la crise 1, 2 ou 3																															
Nausées (non = 0, oui = 1)																															
Vomissements (non = 0, oui = 1)																															
Troubles visuels (non = 0, oui = 1)																															
Nombre de comprimés antimigraine																															
Durée de la douleur (en heures)																															
Arrêt d'activités (non = 0, oui = 1)																															