

Il est fort important que vous preniez vos médicaments conformément à la prescription.

Notez chaque jour si vous avez eu (= 1) 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)

Nom : _____

N° : _____

	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	
Crise de migraine (oui = 1)																																
Gravité de la Crise 1, 2 ou 3																																
Nausées (non = 0, oui = 1)																																
Vomissements (non = 0, oui = 1)																																
Troubles visuels (non= 0, ou i = 1)																																
Nombres de comprimés antimigraine																																
Durée de la douleur (en heures)																																

	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		
Crise de migraine (oui = 1)																																	
Gravité de la Crise 1, 2 ou 3																																	
Nausées (non = 0, oui = 1)																																	
Vomissements (non = 0, oui = 1)																																	
Troubles visuels (non= 0, ou i = 1)																																	
Nombres de comprimés antimigraine																																	
Durée de la douleur (en heures)																																	

	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		
Crise de migraine (oui = 1)																																	
Gravité de la Crise 1, 2 ou 3																																	
Nausées (non = 0, oui = 1)																																	
Vomissements (non = 0, oui = 1)																																	
Troubles visuels (non= 0, ou i = 1)																																	
Nombres de comprimés antimigraine																																	
Durée de la douleur (en heures)																																	