



AGENDA MENSUEL DES CÉPHALÉES

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom / Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Mois : _____

LÉGENDE

- 0-1 = Aucune douleur
- 1-3 = Douleur légère
- 4-6 = Douleur modérée
- 7-8 = Douleur sévère
- 9-10 = Douleur extrême

- Traitement de crise pris
- Passage aux urgences
- Journée alitée ou limitée
- Impact travail / école / ETC
- Déclencheur identifié

JOUR		INTENSITÉ DE LA DOULEUR	SOMMEIL (Qualité)	CRISE (Heure de début - fin)	TRAITEMENT DE CRISE (Nom + Dose)	EFFICACITÉ (Entourez)	TENSION ARTÉRIELLE (Matin / Soir)	IMPACT SUR LA JOURNÉE (Entourez la ou les pictogrammes)
1		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
2		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
3		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
4		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
5		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
6		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
7		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
8		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
9		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
10		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
11		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
12		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
13		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
14		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
15		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
16		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
17		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
18		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
19		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
20		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
21		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
22		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
23		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
24		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
25		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
26		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
27		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
28		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
29		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
30		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	
31		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		: - :		Oui Non Partielle	____/____	