

Il mio diario dell'emicrania

come accompagnamento alla terapia

Cognome/nome

IL MIO DIARIO DELL'EMICRANIA COME ACCOMPAGNAMENTO

Settembre 2019

Mese/anno

GIORNO	1	2	3	4	5	6
Mattina	0	0	1	2	0	0
Pomeriggio	1	0	2	1	0	0
Sera	1	1	3	0	0	0

Profilassi:

esempio nome

Trattamento acuto

Mestruazioni

carico forte di stress

Annotazioni

Caro/a paziente che soffre di emicrania,

questo diario è stato concepito come accompagnamento alla terapia e serve a valutare l'efficacia della terapia farmacologica dell'emicrania. Il funzionamento è semplicissimo:

1. Annoti qui il **mese** e l'**anno** di riferimento (ad es. settembre 2019)
2. Inserisca ora ogni giorno l'intensità con la quale ha percepito l'emicrania al mattino, al pomeriggio e alla sera:
0: Assenza completa di mal di testa.
1: Mal di testa che **non mi ha limitato** nelle mie attività.
2: Mal di testa che **mi ha limitato moderatamente** nelle mie attività.
3: Mal di testa da k.o. che **mi ha limitato fortemente** nelle mie attività (ad es. necessità di stare in una stanza al buio, di ritirarsi o di avere silenzio assoluto; attività quotidiane fortemente compromesse).
3. In questa riga inserisca il nome del farmaco che utilizza per la **profilassi** e il modo in cui lo utilizza.
4. In questa riga contrassegni i giorni in cui ha assunto un farmaco per il **trattamento acuto** del mal di testa.
5. Qui contrassegni i giorni in cui ha avuto **mestruazioni**.
6. Nello spazio dedicato alle **annotazioni** può scrivere qualsiasi altra cosa che per lei è importante o di cui vorrebbe discutere con il suo medico nel corso della prossima visita.

Porti questo diario alla prossima visita con il suo medico.

Informazioni su Mepha Pharma SA e Teva Pharma SA: le due aziende fanno parte di Mepha Svizzera SA, una delle case farmaceutiche leader in Svizzera, e dal 2011 parte del gruppo internazionale Teva, numero uno a livello mondiale nel mercato dei generici. Mepha Pharma, Teva Pharma e Mepha Svizzera hanno sede a Basilea e occupano al momento 161 dipendenti.

IL MIO DIARIO DELL'EMICRANIA COME ACCOMPAGNAMENTO ALLA TERAPIA

Cognome/nome

Mese/anno

0: Mal di testa assente | 1: Non limitante | 2: Moderatamente limitante | 3: Fortemente limitante

GIORNO	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
Mattina																															
Pomeriggio																															
Sera																															
Proflassi:																															
Trattamento acuto																															
Mestruazioni																															

Annotazioni

Mese/anno

0: Mal di testa assente | 1: Non limitante | 2: Moderatamente limitante | 3: Fortemente limitante

GIORNO	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
Mattina																															
Pomeriggio																															
Sera																															
Proflassi:																															
Trattamento acuto																															
Mestruazioni																															

Annotazioni

Mese/anno

0: Mal di testa assente | 1: Non limitante | 2: Moderatamente limitante | 3: Fortemente limitante

GIORNO	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
Mattina																															
Pomeriggio																															
Sera																															
Proflassi:																															
Trattamento acuto																															
Mestruazioni																															

Annotazioni

IL MIO DIARIO DELL'EMICRANIA COME ACCOMPAGNAMENTO ALLA TERAPIA

Cognome/nome

Mese/anno

0: Mal di testa assente | 1: Non limitante | 2: Moderatamente limitante | 3: Fortemente limitante

GIORNO	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
Mattina																															
Pomeriggio																															
Sera																															
Proflassi:																															
Trattamento acuto																															
Mestruazioni																															

Annotazioni

Mese/anno

0: Mal di testa assente | 1: Non limitante | 2: Moderatamente limitante | 3: Fortemente limitante

GIORNO	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
Mattina																															
Pomeriggio																															
Sera																															
Proflassi:																															
Trattamento acuto																															
Mestruazioni																															

Annotazioni

Mese/anno

0: Mal di testa assente | 1: Non limitante | 2: Moderatamente limitante | 3: Fortemente limitante

GIORNO	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
Mattina																															
Pomeriggio																															
Sera																															
Proflassi:																															
Trattamento acuto																															
Mestruazioni																															

Annotazioni