



Schweizerische Kopfwehrgesellschaft  
Société Suisse des Céphalées  
Società Svizzera di Cefalea  
Swiss Headache Society

Nome : .....

Mese : .....

# Calendario delle Cefalee

**Intensità del cefalea**  
10 = alta  
1 = bassa

**Medicazione \***  
(Numero di compresse / supposte, ecc.)

**Osservazioni**  
Eventi particolari, sintomi, possibili fattori scatenanti del mal di testa, durata fino all'effetto del farmaco, ecc.

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		

\*) Scrivi i farmaci che usi abitualmente nelle colonne. Quando prendi un farmaco, segnalo con una linea. Questa "lista dei tratti" fornisce informazioni sulla quantità di farmaco utilizzata e offre al medico indicazioni preziose per regolare la terapia.