

Mon agenda migraine

Nom Prénom :

Année :

Mois :					Mois :					Mois :							
	D	I	S	M	F		D	I	S	M	F		D	I	S	M	F
1						1						1					
2						2						2					
3						3						3					
4						4						4					
5						5						5					
6						6						6					
7						7						7					
8						8						8					
9						9						9					
10						10						10					
11						11						11					
12						12						12					
13						13						13					
14						14						14					
15						15						15					
16						16						16					
17						17						17					
18						18						18					
19						19						19					
20						20						20					
21						21						21					
22						22						22					
23						23						23					
24						24						24					
25						25						25					
26						26						26					
27						27						27					
28						28						28					
29						29						29					
30						30						30					
31						31						31					

D : Durée de la crise en heure
I : Intensité de la douleur

S : Ajouter la/les lettres associées symptômes
N : Nausées, vomissements
F : Fatigue
H : Variation de l'humeur

P : Phonophobie (sensibilité au bruit)
Pb : Photophobie (sensibilité à la lumière)
O : Osmophobie (sensibilité aux odeurs)

M : Médicaments pris
F : Facteurs déclenchant potentiels