**Evaluation de votre migraine sur 20 crises** Nom :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Crise | Type | Date | Intensité |  | Signes | associés | | Facteurs déclenchants | Traitements | Délai de | **Notez et décrivez** seulement vos  20 prochains jours de douleur en les cotant :  **Légère +**, permet la poursuite des activités habituelles  **Modérée ++**: gêne et rend pénible toutes les activités habituelles  **Sévère +++** : empêche toutes les activités habituelles  **Type** : **M** migraine, **T** tension (ou D/G)  **Facteurs déclenchants**: Facteurs hormonaux Stress , surmenage , contrariété  Facteurs climatiques chaleur vent, froid… Facteurs sensoriels Odeur Bruit Lumière Modification du rythme de vie  Week-end Grasse matinée  Manque de sommeil Voyages  Habitudes alimentaires Repas sauté Arret café Facteurs alimentaires Chocolat, alcool,Graisses cuitesAgrume Fromages Œuf … Autres facteurs Effort physique  Altitude Travail sur écran Lecture  Autres : |
|  |  |  |  | nausées | vomis. | gêne lum | gêne bruit |  |  | disparition |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Docteur Anne Revol Fax :

**CALENDRIER** MIGRAINE Nom patient Date consultation

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | exemple | jan | fev | mars | avril | mai | juin | juil | aout | sept | oct | nov | déc | Notez  **Les crises** **+, ++, +++**  **Les prises de médicaments**  antidouleur par sa 1ère lettre  Exemple : A pour Advil  B pout Biprofénid      **Les dates du cycle**  **menstruel**  Hachurez les jours  de repos, vacances et  **Week-end** ///////// |
| 1 | ///////////////// |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | ///////////////// |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | ++A |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | **/////////////////** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | **/////////////////** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | ++++B |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | +A |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | ///////////////// |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | ///////////////// |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | ++B |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | + |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | **++T**//////// |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | ///////////////// |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | ///////////////// |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | ///////////////// |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |