**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 caféFacteurs alimentaires Chocolat, alcool, Graisses cuites Agrume Fromages Œuf …Autres facteurs Effort physique  Altitude Travail sur écran LectureAutres :  |
|   |  |   |  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |