

**Journal des migraines -
Nom du patient + DN**

Mois :	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
1) Maux de tête ? X																															
2) Durée (1→24)																															
3) Intensité de la crise (0-10)																															
4) Aura visuelle (oui = 1) / Aura sensitive (oui = 2)																															
5) Médicament d'urgence :																															

Mois :	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
1) Maux de tête ? X																															
2) Durée (1→24)																															
3) Intensité de la crise (0-10)																															
4) Aura visuelle (oui = 1) / Aura sensitive (oui = 2)																															
5) Médicament d'urgence :																															

Mois :	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
1) Maux de tête ? X																															
2) Durée (1→24)																															
3) Intensité de la crise (0-10)																															
4) Aura visuelle (oui = 1) / Aura sensitive (oui = 2)																															
5) Médicament d'urgence :																															

Manuel du journal des migraines

1. Mal de tête ? Mettre une croix X les jours concernés
4. Aura visuelle (oui = 1) / aura sensitive (oui = 2)

2. Durée ? En heures (1-24)

3. Intensité : 0 : aucune douleur à 10 = douleur insupportable

5. Médicaments d'urgence (notez le médicament dans la première case de la ligne et ensuite la quantité (nombre de pilules) dans la case du jour où vous l'avez pris)