# Calendario dell’emicrania



Un quadretto al giorno. Segnalo la sera stessa, anche nei giorni buoni — sono i quadretti vuoti a trasformarlo in un conteggio. Somma i tre totali alla fine di ogni mese.

| | 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 | GIORNI EMICRANIA | GIORNI MAL DI TESTA | GIORNI FARMACI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GEN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FEB | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MAG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GIU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LUG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AGO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SET | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OTT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**E** emicrania · **M** altro mal di testa · **cerchia la lettera** se quel giorno hai preso un farmaco sintomatico (antidolorifico, triptano o gepante) · lascia vuoti i giorni senza dolore. Un attacco che supera la mezzanotte conta **due** giorni di emicrania.

Un promemoria, non una diagnosi. Portalo al medico di base o al neurologo — sono proprio i tre totali che ti chiederanno.

**Preferisci il telefono? Inquadra il codice per Migraine Journal.**
Lo stesso diario su iPhone, con i conti fatti per te. Registrare è gratis.
migrainejournal.app · gratis da stampare e condividere

# Calendario dell’emicrania



Per i mesi in cui vuoi più dettagli. Scrivi la data nell’angolo di ogni casella, annota l’intensità massima e spunta se hai preso un farmaco sintomatico. Stampane una al mese.

| LUN | MAR | MER | GIO | VEN | SAB | DOM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ |
| Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ |
| Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ |
| Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ |
| Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ | Int. ___ /10 Farmaci □ |

**GIORNI DI EMICRANIA QUESTO MESE**

**TUTTI I GIORNI DI MAL DI TESTA**

**GIORNI CON FARMACI SINTOMATICI**

**GIORNI PERSI O INTERROTTI**

Conta i giorni, non gli attacchi: un attacco di due giorni vale due giorni di emicrania.

migrainejournal.app/it/downloads
Gratis da stampare e condividere · metti un link, non ricaricarlo