

**Ligne 1 (date) : Pour les dames, indiquez les jours de vos règles en cochant les dates correspondantes**

**Ligne 2 :** Évaluez l'intensité maximale de votre crise selon l'échelle suivante :

1. migraine **légère** qui permet une activité quotidienne sans difficulté
2. migraine **modérée** qui perturbe le bon déroulement des activités quotidiennes
3. migraine **sévère** qui empêche complètement l'activité quotidienne (alitement)

Nom

Prénom

Date de naissance

**Ligne 5 :** Aura **Visuelle** = Troubles de la vue (éclairs, flash, ondulations...) qui durent **plusieurs minutes** au moins. Aura **Sensitive** = endormissement, fourmillement ou picotement p.ex. d'une main, des lèvres...

Mois /

Date	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
Crise de migraine ( <b>oui = 1</b> )																															
Gravité de la crise <b>1, 2 ou 3</b>																															
Nausées ( <b>oui = 1</b> ) /vomissements ( <b>oui=2</b> )																															
Sensibilité à la lumière et au bruit ( <b>oui=1</b> )																															
Aura visuelle ( <b>oui=1</b> ) / Aura sensitive ( <b>oui=2</b> )																															
N° de comprimés/suppo/inj. pour la crise																															
Durée de la douleur (en heures)																															

Mois /

Date	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
Crise de migraine ( <b>oui = 1</b> )																															
Gravité de la crise <b>1, 2 ou 3</b>																															
Nausées ( <b>oui = 1</b> ) /vomissements ( <b>oui=2</b> )																															
Sensibilité à la lumière et au bruit ( <b>oui=1</b> )																															
Aura visuelle ( <b>oui=1</b> ) / Aura sensitive ( <b>oui=2</b> )																															
N° de comprimés/suppo/inj. pour la crise																															
Durée de la douleur (en heures)																															