**LIBERATI**DAL**MAL-DI-TESTA**

**1° Settimana**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GIORNO** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Com’è stata la giornata di oggi? Buona 1 o sgradevole 2 ? | 1  2 | 1  2 | 1  2 | 1  2 | 1  2 | 1  2 | 1  2 |
| Quanto è durata il tuo mal di testa? | ORE | ORE | ORE | ORE | ORE | ORE | ORE |
| **Quanto era grade il mal di testa?**  Leggere  Media  Forte | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 |
| **Descrivi il mal di testa?**  Destra  Sinistra  Fronte  Dietro la testa  Altro | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 |
| **Hai avuto dei sintomi?**  Nausea  Sensibilità ai rumori  Sensibilità alla luce  Altro | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 |
| **Hai preso dei medicamenti?** | Si  No | Si  No | Si  No | Si  No | Si  No | Si  No | Si  No |
| **Se SI?**  Quali?  Quanti?  Quando? |  |  |  |  |  |  |  |
| **Come hanno funzionato I farmaci?**  Bene?  Bebole?  Male? | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 |

Medicamenti per altre malattie qui:

**2° Settimana**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GIORNO** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Com’è stata la giornata di oggi? Buona 1 o sgradevole 2 ? | 1  2 | 1  2 | 1  2 | 1  2 | 1  2 | 1  2 | 1  2 |
| Quanto è durata il tuo mal di testa? | ORE | ORE | ORE | ORE | ORE | ORE | ORE |
| **Quanto era grade il mal di testa?**  Leggere  Media  Forte | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 |
| **Descrivi il mal di testa?**  Destra  Sinistra  Fronte  Dietro la testa  Altro | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 |
| **Hai avuto dei sintomi?**  Nausea  Sensibilità ai rumori  Sensibilità alla luce  Altro | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 |
| **Hai preso dei medicamenti?** | Si  No | Si  No | Si  No | Si  No | Si  No | Si  No | Si  No |
| **Se SI?**  Quali?  Quanti?  Quando? |  |  |  |  |  |  |  |
| **Come hanno funzionato I farmaci?**  Bene?  Bebole?  Male? | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 |

Medicamenti per altre malattie qui:

**3° Settimana**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GIORNO** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Com’è stata la giornata di oggi? Buona 1 o sgradevole 2 ? | 1  2 | 1  2 | 1  2 | 1  2 | 1  2 | 1  2 | 1  2 |
| Quanto è durata il tuo mal di testa? | ORE | ORE | ORE | ORE | ORE | ORE | ORE |
| **Quanto era grade il mal di testa?**  Leggere  Media  Forte | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 |
| **Descrivi il mal di testa?**  Destra  Sinistra  Fronte  Dietro la testa  Altro | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 |
| **Hai avuto dei sintomi?**  Nausea  Sensibilità ai rumori  Sensibilità alla luce  Altro | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 |
| **Hai preso dei medicamenti?** | Si  No | Si  No | Si  No | Si  No | Si  No | Si  No | Si  No |
| **Se SI?**  Quali?  Quanti?  Quando? |  |  |  |  |  |  |  |
| **Come hanno funzionato I farmaci?**  Bene?  Bebole?  Male? | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 |

Medicamenti per altre malattie qui:

**4° Settimana**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GIORNO** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Com’è stata la giornata di oggi? Buona 1 o sgradevole 2 ? | 1  2 | 1  2 | 1  2 | 1  2 | 1  2 | 1  2 | 1  2 |
| Quanto è durata il tuo mal di testa? | ORE | ORE | ORE | ORE | ORE | ORE | ORE |
| **Quanto era grade il mal di testa?**  Leggere  Media  Forte | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 |
| **Descrivi il mal di testa?**  Destra  Sinistra  Fronte  Dietro la testa  Altro | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 |
| **Hai avuto dei sintomi?**  Nausea  Sensibilità ai rumori  Sensibilità alla luce  Altro | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 |
| **Hai preso dei medicamenti?** | Si  No | Si  No | Si  No | Si  No | Si  No | Si  No | Si  No |
| **Se SI?**  Quali?  Quanti?  Quando? |  |  |  |  |  |  |  |
| **Come hanno funzionato I farmaci?**  Bene?  Bebole?  Male? | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 |

Medicamenti per altre malattie qui:

**5° Settimana**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GIORNO** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Com’è stata la giornata di oggi? Buona 1 o sgradevole 2 ? | 1  2 | 1  2 | 1  2 | 1  2 | 1  2 | 1  2 | 1  2 |
| Quanto è durata il tuo mal di testa? | ORE | ORE | ORE | ORE | ORE | ORE | ORE |
| **Quanto era grade il mal di testa?**  Leggere  Media  Forte | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 |
| **Descrivi il mal di testa?**  Destra  Sinistra  Fronte  Dietro la testa  Altro | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 | 1  2  3  4  5 |
| **Hai avuto dei sintomi?**  Nausea  Sensibilità ai rumori  Sensibilità alla luce  Altro | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 |
| **Hai preso dei medicamenti?** | Si  No | Si  No | Si  No | Si  No | Si  No | Si  No | Si  No |
| **Se SI?**  Quali?  Quanti?  Quando? |  |  |  |  |  |  |  |
| **Come hanno funzionato I farmaci?**  Bene?  Bebole?  Male? | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 | 1  2  3 |

Medicamenti per altre malattie qui:

[www.maldi-testa.it](http://www.maldi-testa.it)