**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?**LeggereMediaForte |  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?**DestraSinistraFronteDietro la testaAltro |  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?**NauseaSensibilità ai rumoriSensibilità alla luceAltro |  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?**LeggereMediaForte |  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?**DestraSinistraFronteDietro la testaAltro |  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?**NauseaSensibilità ai rumoriSensibilità alla luceAltro |  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?**LeggereMediaForte |  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?**DestraSinistraFronteDietro la testaAltro |  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?**NauseaSensibilità ai rumoriSensibilità alla luceAltro |  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?**LeggereMediaForte |  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?**DestraSinistraFronteDietro la testaAltro |  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?**NauseaSensibilità ai rumoriSensibilità alla luceAltro |  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?**LeggereMediaForte |  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?**DestraSinistraFronteDietro la testaAltro |  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?**NauseaSensibilità ai rumoriSensibilità alla luceAltro |  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)