

JOURNAL DE MES MAUX DE TÊTE



Ce journal vous permettra de faire le suivi de vos maux de tête au cours des trois prochains mois. L'utiliser chaque jour, pendant cette période, brosera pour votre médecin un portrait plus précis de vos maux de tête. Si vos maux de tête sont fréquents ou intenses, ou que vous n'obtenez pas le soulagement recherché, consultez votre médecin avant la fin des trois mois.



MY CHRONIC MIGRAINE

JOURNAL DE MES MAUX DE TÊTE

Utilisez ce journal **tous les jours** pour recueillir des renseignements qui vous permettront, à vous et à votre médecin, de mieux comprendre vos migraines et de les traiter adéquatement. Chaque page du journal couvre un mois et compte une colonne pour chaque jour du mois. Vous trouverez ci-dessous un **exemple de journal** qui vous montre la façon de l'utiliser.

INTENSITÉ DU MAL DE TÊTE : Veuillez inscrire l'intensité de chacun des maux de tête que vous avez ressentis. Si vous avez eu plus d'un mal de tête dans une journée, sélectionnez le niveau d'intensité le plus élevé.

Léger = Perceptible **Modéré** = Impossible à ignorer **Grave** = Le pire qui soit

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
Léger				✓												✓															
Modéré					✓															✓											
Grave											✓	✓										✓						✓			

MÉDICAMENTS À ACTION IMMÉDIATE : (Comprimés/injections par jour où vous avez pris des médicaments pour traiter un mal de tête) Inscrivez dans l'espace vide de gauche le nom des médicaments à action immédiate que vous avez pris. Inscrivez le nombre de comprimés/injections de chaque médicament que vous avez pris, par jour, dans la case située en-dessous de la date appropriée.

Nom	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
Ibuprofène/200 mg				2							2									3											
Nombre total de jours <u>3</u>																															

MÉDICAMENTS PRÉVENTIFS : (Médicaments pris pour prévenir ou diminuer la tendance aux maux de tête)

Si vous prenez un médicament préventif pour votre mal de tête, inscrivez-en le nom et la dose dans l'espace vide situé à gauche, et notez le nombre de comprimés pris chaque jour. Si vous recevez une injection dans le cabinet de votre médecin, inscrivez-le également.

Nom	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
Flunarizine/10 mg	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
Nombre total de jours <u>31</u>																															

Nom	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
OnabotulinumtoxinA										✓																					
Nombre total de jours <u>1</u>																															

INCAPACITÉ POUR LA JOURNÉE :

Veuillez évaluer l'ampleur de l'incapacité que vous avez éprouvée sur une échelle de 0 à 3 (échelle illustrée ci-dessous). Inscrivez le chiffre approprié dans la case réservée à chaque jour.

0 = Aucune **1** = Capable de vaquer assez bien aux activités habituelles **2** = Difficulté à vaquer aux activités habituelles, pourrait annuler les moins importantes **3** = S'est absenté(e) du travail (la totalité ou une partie de la journée) ou s'est alité(e) une partie de la journée

Incapacité	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								1					0					2											

DÉCLENCHEURS :

Veuillez inscrire chaque déclencheur possible et lui attribuer un chiffre, comme indiqué ci-dessous. Inscrivez dans le tableau le chiffre attribué au déclencheur lorsque vous avez l'impression que ce déclencheur est responsable de votre mal de tête.

Déclencheurs	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 Vin rouge										1										2											
2 Menstruations																															
3																															
4																															

JOURNAL DE MES MAUX DE TÊTE

Nom : _____ Mois : _____ An : _____

Date de la prochaine visite au médecin : _____

INTENSITÉ DU MAL DE TÊTE :

Léger = Perceptible **Modéré** = Impossible à ignorer **Grave** = Le pire qui soit

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	
Léger																																
Modéré																																
Grave																																

MÉDICAMENTS À ACTION IMMÉDIATE :

Nom																																
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre total de jours _____

Nom																															
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre total de jours _____

Nom																															
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre total de jours _____

Nom																															
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre total de jours _____

MÉDICAMENTS PRÉVENTIFS :

Nom																															
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre total de jours _____

Nom																															
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre total de jours _____

INCAPACITÉ POUR LA JOURNÉE :

0 = Aucune **1** = Capable de vaquer assez bien aux activités habituelles **2** = Difficulté à vaquer aux activités habituelles, pourrait annuler les moins importantes **3** = S'est absenté(e) du travail (la totalité ou une partie de la journée) ou s'est alité(e) une partie de la journée

Incapacité																															
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DÉCLENCHEURS :

Déclencheurs																															
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____



POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS, VISITEZ
[MYCHRONICMIGRAINE.CA/FR.](https://mychronicmigraine.ca/fr)



© 2017 My Chronic Migraine. Tous droits réservés.

APC31WM17