

Dr. P. LOUIS
 Ringlaan 67/1
 2610 WILRIJK
 Tel.: 03/239 20 89
 louis.neuro@gmail.com
 www.dr-paul-louis.be

Calendrier des céphalées/migraines (hommes)

Nom:

Date de naissance:

Notez chaque jour si vous avez eu (=1) ou non (=0) une crise de migraine.
 Les jours où vous avez eu une crise de migraine, notez le degré de sévérité 1-3.
 1= Migraine légère qui permet une activité quotidienne sans difficulté ou presque.
 2= Migraine modérée qui perturbe le bon déroulement des activités quotidiennes.
 3= Migraine sévère; le patient ne peut faire face à l'activité quotidienne.

Aura visuelle = éclairs/flash/ondulations
 sensitive = endormissement/fourmillement/picotement
 motrice = faiblesse motrice

Les auras durent plusieurs minutes au moins et précèdent la céphalée.

Vertige: 1=légère, 2=modérée, 3=sévère

Mois & année:	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
Céphalée non=0, oui=1																															
Gravité 1, 2 ou 3																															
Aura visuelle non=0, oui = 1																															
Aura sensitive non=0, oui = 1																															
Trouble de langage non=0, oui=1																															
Aura motrice non=0, oui=1																															
Durée totale de l'aura (minutes)																															
Mal à gauche = G / droit = D / GD = 2 côtés																															
Douleur S = ça serre / T = ça tape																															
Sensibilité à la lumière non=0, oui = 1																															
Sensibilité au bruit non=0, oui = 1																															
Sensibilité au odeurs non=0, oui = 1																															
Vômir non=0, oui=2, nausée=1																															
Début de la céphalée (0-24h)																															
Fin de la céphalée (0-24h)																															
Vertige non=0, oui=1																															
Gravité 1, 2 ou 3																															
Nombre d'antalgiques																															
Nombre de triptans																															
Imitrex																															

Nom: _____ Veuillez bien apporter ce calendrier à votre prochain rendez-vous / ou envoyer par mail