

POLIAMBULATORIO PEDIATRICO

Ambulatorio per la diagnosi e la terapia delle cefalee dell'età evolutiva
Scheda per il rilevamento degli attacchi di cefalea

Dipartimento di **Pediatria**

Nome _____ Cognome _____ Mese _____ Anno _____

Giorni	Ora inizio	Ora fine	Durata (h)	Intensità max (0-10)	Nausea=N	Vomito= V	Fotofobia (fastidio luce)=FT	Fonofobia (fastidio rumori)=FN	Mestruo Sì/No	Altro	Farmaco (nome, dose, ora)	Efficacia a 2 ore totale=T o parziale=P o nulla=N
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												

POLIAMBULATORIO PEDIATRICO

Ambulatorio per la diagnosi e la terapia delle cefalee dell'età evolutiva
Scheda per il rilevamento degli attacchi di cefalea

Dipartimento di **Pediatria**