

CEFALY®



MON JOURNAL DE MIGRAINE

pour la période d'essai CEFALY® de 120 jours

MON JOURNAL DE MIGRAINE

Heure :

Quand cela a-t-il commencé ? Quand cela s'est-il terminé ?

Qualité du sommeil :

Comment s'est passée la nuit précédente ?



Intensité de la douleur :

Indique l'intensité de la douleur.



Type de douleur :

- ☐ lancinante
- ☐ pulsatile
- ☐ oppressive / sourde
- ☐ _____

Symptômes associés :

- ☐ Aura (troubles visuels, éclairs)
- ☐ Nausées / vomissements
- ☐ Sensibilité à la lumière
- ☐ Sensibilité au bruit
- ☐ Sensibilité aux odeurs
- ☐ Vertiges
- ☐ _____

Traitement / méthode :

Nom de la méthode (p. ex. CEFALY®) / médicament et dose

Heure de prise / durée du traitement :

Effet :

Cela a-t-il aidé ?



Date et jour de la semaine



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



Déclencheurs possibles :

- ☐ Stress / relâchement après le stress
- ☐ Changement de temps
- ☐ Manque de sommeil / excès de sommeil
- ☐ Certains aliments
- ☐ Repas sauté
- ☐ Cycle / hormones
- ☐ _____

Mesures alternatives :

p. ex. pièce sombre / coussin réfrigérant / sommeil / ...

Limitation dans la vie quotidienne :

0 % = aucune limitation, 100 % = limitation complète



Notes / particularités :

(p. ex. stress, quantité de liquide bue, caféine, cycle, météo)



MON JOURNAL DE MIGRAINE

Heure :

Quand cela a-t-il commencé ? Quand cela s'est-il terminé ?

Qualité du sommeil :

Comment s'est passée la nuit précédente ?



Intensité de la douleur :

Indique l'intensité de la douleur.



Type de douleur :

- ☐ lancinante
- ☐ pulsatile
- ☐ oppressive / sourde
- ☐ _____

Symptômes associés :

- ☐ Aura (troubles visuels, éclairs)
- ☐ Nausées / vomissements
- ☐ Sensibilité à la lumière
- ☐ Sensibilité au bruit
- ☐ Sensibilité aux odeurs
- ☐ Vertiges
- ☐ _____

Traitement / méthode :

Nom de la méthode (p. ex. CEFALY®) / médicament et dose

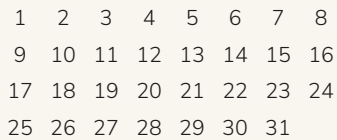
Heure de prise / durée du traitement :

Effet :

Cela a-t-il aidé ?



Date et jour de la semaine



Mesures alternatives :

p. ex. pièce sombre / coussin réfrigérant / sommeil / ...

Limitation dans la vie quotidienne :

0 % = aucune limitation, 100 % = limitation complète



Notes / particularités :

(p. ex. stress, quantité de liquide bue, caféine, cycle, météo)



MON JOURNAL DE MIGRAINE

Heure :

Quand cela a-t-il commencé ? Quand cela s'est-il terminé ?

Qualité du sommeil :

Comment s'est passée la nuit précédente ?



Intensité de la douleur :

Indique l'intensité de la douleur.



Type de douleur :

- ☐ lancinante
- ☐ pulsatile
- ☐ oppressive / sourde
- ☐ _____

Symptômes associés :

- ☐ Aura (troubles visuels, éclairs)
- ☐ Nausées / vomissements
- ☐ Sensibilité à la lumière
- ☐ Sensibilité au bruit
- ☐ Sensibilité aux odeurs
- ☐ Vertiges
- ☐ _____

Traitement / méthode :

Nom de la méthode (p. ex. CEFALY®) / médicament et dose

Heure de prise / durée du traitement :

Effet :

Cela a-t-il aidé ?



Date et jour de la semaine



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



Mesures alternatives :

p. ex. pièce sombre / coussin réfrigérant / sommeil / ...

Limitation dans la vie quotidienne :

0 % = aucune limitation, 100 % = limitation complète



Notes / particularités :

(p. ex. stress, quantité de liquide bue, caféine, cycle, météo)



MON JOURNAL DE MIGRAINE

Heure :

Quand cela a-t-il commencé ? Quand cela s'est-il terminé ?

Qualité du sommeil :

Comment s'est passée la nuit précédente ?



Intensité de la douleur :

Indique l'intensité de la douleur.



Type de douleur :

- ☐ lancinante
- ☐ pulsatile
- ☐ oppressive / sourde
- ☐ _____

Symptômes associés :

- ☐ Aura (troubles visuels, éclairs)
- ☐ Nausées / vomissements
- ☐ Sensibilité à la lumière
- ☐ Sensibilité au bruit
- ☐ Sensibilité aux odeurs
- ☐ Vertiges
- ☐ _____

Traitement / méthode :

Nom de la méthode (p. ex. CEFALY®) / médicament et dose

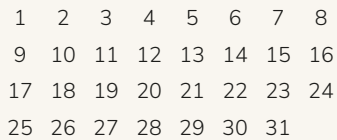
Heure de prise / durée du traitement :

Effet :

Cela a-t-il aidé ?



Date et jour de la semaine



Mesures alternatives :

p. ex. pièce sombre / coussin réfrigérant / sommeil / ...

Limitation dans la vie quotidienne :

0 % = aucune limitation, 100 % = limitation complète



Notes / particularités :

(p. ex. stress, quantité de liquide bue, caféine, cycle, météo)



MON JOURNAL DE MIGRAINE

Heure :

Quand cela a-t-il commencé ? Quand cela s'est-il terminé ?

Qualité du sommeil :

Comment s'est passée la nuit précédente ?



Intensité de la douleur :

Indique l'intensité de la douleur.



Type de douleur :

- ☐ lancinante
- ☐ pulsatile
- ☐ oppressive / sourde
- ☐ _____

Symptômes associés :

- ☐ Aura (troubles visuels, éclairs)
- ☐ Nausées / vomissements
- ☐ Sensibilité à la lumière
- ☐ Sensibilité au bruit
- ☐ Sensibilité aux odeurs
- ☐ Vertiges
- ☐ _____

Traitement / méthode :

Nom de la méthode (p. ex. CEFALY®) / médicament et dose

Heure de prise / durée du traitement :

Effet :

Cela a-t-il aidé ?



Date et jour de la semaine



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



Mesures alternatives :

p. ex. pièce sombre / coussin réfrigérant / sommeil / ...

Limitation dans la vie quotidienne :

0 % = aucune limitation, 100 % = limitation complète



Notes / particularités :

(p. ex. stress, quantité de liquide bue, caféine, cycle, météo)



MON JOURNAL DE MIGRAINE

Heure :

Quand cela a-t-il commencé ? Quand cela s'est-il terminé ?

Qualité du sommeil :

Comment s'est passée la nuit précédente ?



Intensité de la douleur :

Indique l'intensité de la douleur.



Type de douleur :

- ☐ lancinante
- ☐ pulsatile
- ☐ oppressive / sourde
- ☐ _____

Symptômes associés :

- ☐ Aura (troubles visuels, éclairs)
- ☐ Nausées / vomissements
- ☐ Sensibilité à la lumière
- ☐ Sensibilité au bruit
- ☐ Sensibilité aux odeurs
- ☐ Vertiges
- ☐ _____

Traitement / méthode :

Nom de la méthode (p. ex. CEFALY®) / médicament et dose

Heure de prise / durée du traitement :

Effet :

Cela a-t-il aidé ?



Date et jour de la semaine



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



Mesures alternatives :

p. ex. pièce sombre / coussin réfrigérant / sommeil / ...

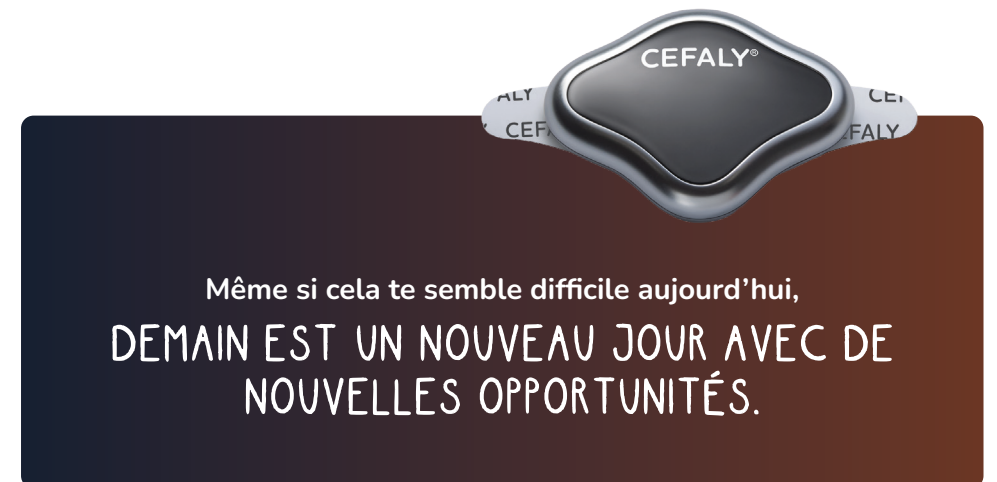
Limitation dans la vie quotidienne :

0 % = aucune limitation, 100 % = limitation complète



Notes / particularités :

(p. ex. stress, quantité de liquide bue, caféine, cycle, météo)



MON JOURNAL DE MIGRAINE

Heure :

Quand cela a-t-il commencé ? Quand cela s'est-il terminé ?

Qualité du sommeil :

Comment s'est passée la nuit précédente ?



Intensité de la douleur :

Indique l'intensité de la douleur.



Type de douleur :

- ☐ lancinante
- ☐ pulsatile
- ☐ oppressive / sourde
- ☐ _____

Symptômes associés :

- ☐ Aura (troubles visuels, éclairs)
- ☐ Nausées / vomissements
- ☐ Sensibilité à la lumière
- ☐ Sensibilité au bruit
- ☐ Sensibilité aux odeurs
- ☐ Vertiges
- ☐ _____

Traitement / méthode :

Nom de la méthode (p. ex. CEFALY®) / médicament et dose

Heure de prise / durée du traitement :

Effet :

Cela a-t-il aidé ?



Date et jour de la semaine



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



Mesures alternatives :

p. ex. pièce sombre / coussin réfrigérant / sommeil / ...

Limitation dans la vie quotidienne :

0 % = aucune limitation, 100 % = limitation complète



Notes / particularités :

(p. ex. stress, quantité de liquide bue, caféine, cycle, météo)



MON JOURNAL DE MIGRAINE

Heure :

Quand cela a-t-il commencé ? Quand cela s'est-il terminé ?

Qualité du sommeil :

Comment s'est passée la nuit précédente ?



Intensité de la douleur :

Indique l'intensité de la douleur.



Type de douleur :

- ☐ lancinante
- ☐ pulsatile
- ☐ oppressive / sourde
- ☐ _____

Symptômes associés :

- ☐ Aura (troubles visuels, éclairs)
- ☐ Nausées / vomissements
- ☐ Sensibilité à la lumière
- ☐ Sensibilité au bruit
- ☐ Sensibilité aux odeurs
- ☐ Vertiges
- ☐ _____

Traitement / méthode :

Nom de la méthode (p. ex. CEFALY®) / médicament et dose

Heure de prise / durée du traitement :

Effet :

Cela a-t-il aidé ?



Date et jour de la semaine



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



Déclencheurs possibles :

- ☐ Stress / relâchement après le stress
- ☐ Changement de temps
- ☐ Manque de sommeil / excès de sommeil
- ☐ Certains aliments
- ☐ Repas sauté
- ☐ Cycle / hormones
- ☐ _____

Mesures alternatives :

p. ex. pièce sombre / coussin réfrigérant / sommeil / ...

Limitation dans la vie quotidienne :

0 % = aucune limitation, 100 % = limitation complète



Notes / particularités :

(p. ex. stress, quantité de liquide bue, caféine, cycle, météo)



MON JOURNAL DE MIGRAINE

Heure :

Quand cela a-t-il commencé ? Quand cela s'est-il terminé ?

Qualité du sommeil :

Comment s'est passée la nuit précédente ?



Intensité de la douleur :

Indique l'intensité de la douleur.



Type de douleur :

- ☐ lancinante
- ☐ pulsatile
- ☐ oppressive / sourde
- ☐ _____

Symptômes associés :

- ☐ Aura (troubles visuels, éclairs)
- ☐ Nausées / vomissements
- ☐ Sensibilité à la lumière
- ☐ Sensibilité au bruit
- ☐ Sensibilité aux odeurs
- ☐ Vertiges
- ☐ _____

Traitement / méthode :

Nom de la méthode (p. ex. CEFALY®) / médicament et dose

Heure de prise / durée du traitement :

Effet :

Cela a-t-il aidé ?



Date et jour de la semaine



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



Mesures alternatives :

p. ex. pièce sombre / coussin réfrigérant / sommeil / ...

Limitation dans la vie quotidienne :

0 % = aucune limitation, 100 % = limitation complète



Notes / particularités :

(p. ex. stress, quantité de liquide bue, caféine, cycle, météo)



MON JOURNAL DE MIGRAINE

Heure :

Quand cela a-t-il commencé ? Quand cela s'est-il terminé ?

Qualité du sommeil :

Comment s'est passée la nuit précédente ?



Intensité de la douleur :

Indique l'intensité de la douleur.



Type de douleur :

- ☐ lancinante
- ☐ pulsatile
- ☐ oppressive / sourde
- ☐ _____

Symptômes associés :

- ☐ Aura (troubles visuels, éclairs)
- ☐ Nausées / vomissements
- ☐ Sensibilité à la lumière
- ☐ Sensibilité au bruit
- ☐ Sensibilité aux odeurs
- ☐ Vertiges
- ☐ _____

Traitement / méthode :

Nom de la méthode (p. ex. CEFALY®) / médicament et dose

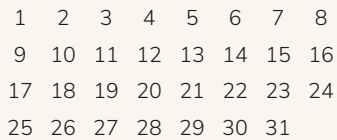
Heure de prise / durée du traitement :

Effet :

Cela a-t-il aidé ?



Date et jour de la semaine



Mesures alternatives :

p. ex. pièce sombre / coussin réfrigérant / sommeil / ...

Limitation dans la vie quotidienne :

0 % = aucune limitation, 100 % = limitation complète



Notes / particularités :

(p. ex. stress, quantité de liquide bue, caféine, cycle, météo)



MON JOURNAL DE MIGRAINE

Heure :

Quand cela a-t-il commencé ? Quand cela s'est-il terminé ?

Qualité du sommeil :

Comment s'est passée la nuit précédente ?



Intensité de la douleur :

Indique l'intensité de la douleur.



Type de douleur :

- ☐ lancinante
- ☐ pulsatile
- ☐ oppressive / sourde
- ☐ _____

Symptômes associés :

- ☐ Aura (troubles visuels, éclairs)
- ☐ Nausées / vomissements
- ☐ Sensibilité à la lumière
- ☐ Sensibilité au bruit
- ☐ Sensibilité aux odeurs
- ☐ Vertiges
- ☐ _____

Traitement / méthode :

Nom de la méthode (p. ex. CEFALY®) / médicament et dose

Heure de prise / durée du traitement :

Effet :

Cela a-t-il aidé ?



Date et jour de la semaine



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



Mesures alternatives :

p. ex. pièce sombre / coussin réfrigérant / sommeil / ...

Limitation dans la vie quotidienne :

0 % = aucune limitation, 100 % = limitation complète



Notes / particularités :

(p. ex. stress, quantité de liquide bue, caféine, cycle, météo)



MON JOURNAL DE MIGRAINE

Heure :

Quand cela a-t-il commencé ? Quand cela s'est-il terminé ?

Qualité du sommeil :

Comment s'est passée la nuit précédente ?



Intensité de la douleur :

Indique l'intensité de la douleur.



Type de douleur :

- ☐ lancinante
- ☐ pulsatile
- ☐ oppressive / sourde
- ☐ _____

Symptômes associés :

- ☐ Aura (troubles visuels, éclairs)
- ☐ Nausées / vomissements
- ☐ Sensibilité à la lumière
- ☐ Sensibilité au bruit
- ☐ Sensibilité aux odeurs
- ☐ Vertiges
- ☐ _____

Traitement / méthode :

Nom de la méthode (p. ex. CEFALY®) / médicament et dose

Heure de prise / durée du traitement :

Effet :

Cela a-t-il aidé ?



Date et jour de la semaine



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



Mesures alternatives :

p. ex. pièce sombre / coussin réfrigérant / sommeil / ...

Limitation dans la vie quotidienne :

0 % = aucune limitation, 100 % = limitation complète



Notes / particularités :

(p. ex. stress, quantité de liquide bue, caféine, cycle, météo)



MON JOURNAL DE MIGRAINE

Heure :

Quand cela a-t-il commencé ? Quand cela s'est-il terminé ?

Qualité du sommeil :

Comment s'est passée la nuit précédente ?



Intensité de la douleur :

Indique l'intensité de la douleur.



Type de douleur :

- ☐ lancinante
- ☐ pulsatile
- ☐ oppressive / sourde
- ☐ _____

Symptômes associés :

- ☐ Aura (troubles visuels, éclairs)
- ☐ Nausées / vomissements
- ☐ Sensibilité à la lumière
- ☐ Sensibilité au bruit
- ☐ Sensibilité aux odeurs
- ☐ Vertiges
- ☐ _____

Traitement / méthode :

Nom de la méthode (p. ex. CEFALY®) / médicament et dose

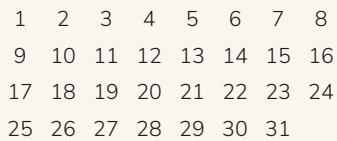
Heure de prise / durée du traitement :

Effet :

Cela a-t-il aidé ?



Date et jour de la semaine



Mesures alternatives :

p. ex. pièce sombre / coussin réfrigérant / sommeil / ...

Limitation dans la vie quotidienne :

0 % = aucune limitation, 100 % = limitation complète



Notes / particularités :

(p. ex. stress, quantité de liquide bue, caféine, cycle, météo)





CEFALY[®]

CEFALY[®] Suisse

c/o Neurolite AG

Hühnerhubelstrasse 79

3123 Belp

info@cefaly.ch

031 529 28 32

www.cefaly.ch