

CEFALY®



IL MIO DIARIO DELL'EMICRANIA

per il periodo di prova CEFALY® di 120 giorni

IL MIO DIARIO DELL'EMICRANIA

Ora:

Quando è iniziato? Quando è finito?

Qualità del sonno:

Com'è stata la notte precedente?



Intensità del dolore:

Segna il dolore sulla scala.



Caratteristiche del dolore:

- ☐ lancinante
- ☐ pulsante
- ☐ oppressivo / sordo
- ☐ _____

Sintomi associati:

- ☐ Aura (disturbi visivi, lampi)
- ☐ Nausea / vomito
- ☐ Sensibilità alla luce
- ☐ Sensibilità ai rumori
- ☐ Sensibilità agli odori
- ☐ Vertigini
- ☐ _____

Trattamento / metodo:

Nome del metodo (ad es. CEFALY®) / farmaco e dose

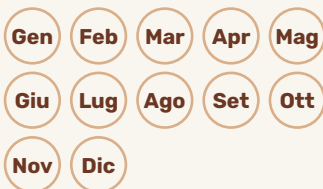
Ora di assunzione / durata del trattamento:

Effetto:

Ti ha aiutato?



Data e giorno della settimana



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



Misure alternative:

ad es. stanza buia / impacco refrigerante / sonno / ...

Limitazione nella vita quotidiana:

0% = nessuna limitazione, 100% = limitazione completa



Note / particolarità:

(ad es. stress, quantità di liquidi assunti, caffeina, ciclo, tempo)



Perché ogni momento senza dolore è prezioso!
CONTINUA COSÌ. PASSO DOPO PASSO.

IL MIO DIARIO DELL'EMICRANIA

Ora:

Quando è iniziato? Quando è finito?

Qualità del sonno:

Com'è stata la notte precedente?



Intensità del dolore:

Segna il dolore sulla scala.



Caratteristiche del dolore:

- ☐ lancinante
- ☐ pulsante
- ☐ oppressivo / sordo
- ☐

Sintomi associati:

- ☐ Aura (disturbi visivi, lampi)
- ☐ Nausea / vomito
- ☐ Sensibilità alla luce
- ☐ Sensibilità ai rumori
- ☐ Sensibilità agli odori
- ☐ Vertigini
- ☐

Trattamento / metodo:

Nome del metodo (ad es. CEFALY®) / farmaco e dose

Ora di assunzione / durata del trattamento:

Effetto:

Ti ha aiutato?



Data e giorno della settimana



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



Possibili fattori scatenanti:

- ☐ Stress / rilassamento dopo lo stress
- ☐ Cambiamento del tempo
- ☐ Mancanza di sonno / troppo sonno
- ☐ Determinati alimenti
- ☐ Pasto saltato
- ☐ Ciclo / ormoni
- ☐

Misure alternative:

ad es. stanza buia / impacco refrigerante / sonno / ...

Limitazione nella vita quotidiana:

0% = nessuna limitazione, 100% = limitazione completa



Note / particolarità:

(ad es. stress, quantità di liquidi assunti, caffeina, ciclo, tempo)



IL MIO DIARIO DELL'EMICRANIA

Ora:

Quando è iniziato? Quando è finito?

Qualità del sonno:

Com'è stata la notte precedente?



Intensità del dolore:

Segna il dolore sulla scala.



Caratteristiche del dolore:

- ☐ lancinante
- ☐ pulsante
- ☐ oppressivo / sordo
- ☐

Sintomi associati:

- ☐ Aura (disturbi visivi, lampi)
- ☐ Nausea / vomito
- ☐ Sensibilità alla luce
- ☐ Sensibilità ai rumori
- ☐ Sensibilità agli odori
- ☐ Vertigini
- ☐

Trattamento / metodo:

Nome del metodo (ad es. CEFALY®) / farmaco e dose

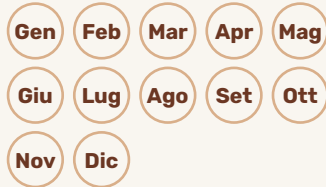
Ora di assunzione / durata del trattamento:

Effetto:

Ti ha aiutato?



Data e giorno della settimana



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



Possibili fattori scatenanti:

- ☐ Stress / rilassamento dopo lo stress
- ☐ Cambiamento del tempo
- ☐ Mancanza di sonno / troppo sonno
- ☐ Determinati alimenti
- ☐ Pasto saltato
- ☐ Ciclo / ormoni
- ☐

Misure alternative:

ad es. stanza buia / impacco refrigerante / sonno / ...

Limitazione nella vita quotidiana:

0% = nessuna limitazione, 100% = limitazione completa



Note / particolarità:

(ad es. stress, quantità di liquidi assunti, caffeina, ciclo, tempo)



IL MIO DIARIO DELL'EMICRANIA

Ora:

Quando è iniziato? Quando è finito?

Qualità del sonno:

Com'è stata la notte precedente?



Intensità del dolore:

Segna il dolore sulla scala.



Caratteristiche del dolore:

- ☐ lancinante
- ☐ pulsante
- ☐ oppressivo / sordo
- ☐

Sintomi associati:

- ☐ Aura (disturbi visivi, lampi)
- ☐ Nausea / vomito
- ☐ Sensibilità alla luce
- ☐ Sensibilità ai rumori
- ☐ Sensibilità agli odori
- ☐ Vertigini
- ☐

Trattamento / metodo:

Nome del metodo (ad es. CEFALY®) / farmaco e dose

Ora di assunzione / durata del trattamento:

Effetto:

Ti ha aiutato?



Data e giorno della settimana



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



Misure alternative:

ad es. stanza buia / impacco refrigerante / sonno / ...

Limitazione nella vita quotidiana:

0% = nessuna limitazione, 100% = limitazione completa



Note / particolarità:

(ad es. stress, quantità di liquidi assunti, caffeina, ciclo, tempo)



IL MIO DIARIO DELL'EMICRANIA

Ora:

Quando è iniziato? Quando è finito?

Qualità del sonno:

Com'è stata la notte precedente?



Intensità del dolore:

Segna il dolore sulla scala.



Caratteristiche del dolore:

- ☐ lancinante
- ☐ pulsante
- ☐ oppressivo / sordo
- ☐

Sintomi associati:

- ☐ Aura (disturbi visivi, lampi)
- ☐ Nausea / vomito
- ☐ Sensibilità alla luce
- ☐ Sensibilità ai rumori
- ☐ Sensibilità agli odori
- ☐ Vertigini
- ☐

Trattamento / metodo:

Nome del metodo (ad es. CEFALY®) / farmaco e dose

Ora di assunzione / durata del trattamento:

Effetto:

Ti ha aiutato?



Data e giorno della settimana



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



Misure alternative:

ad es. stanza buia / impacco refrigerante / sonno / ...

Limitazione nella vita quotidiana:

0% = nessuna limitazione, 100% = limitazione completa



Note / particolarità:

(ad es. stress, quantità di liquidi assunti, caffeina, ciclo, tempo)



IL MIO DIARIO DELL'EMICRANIA

Ora:

Quando è iniziato? Quando è finito?

Qualità del sonno:

Com'è stata la notte precedente?



Intensità del dolore:

Segna il dolore sulla scala.



Caratteristiche del dolore:

- ☐ lancinante
- ☐ pulsante
- ☐ oppressivo / sordo
- ☐ _____

Sintomi associati:

- ☐ Aura (disturbi visivi, lampi)
- ☐ Nausea / vomito
- ☐ Sensibilità alla luce
- ☐ Sensibilità ai rumori
- ☐ Sensibilità agli odori
- ☐ Vertigini
- ☐ _____

Trattamento / metodo:

Nome del metodo (ad es. CEFALY®) / farmaco e dose

Ora di assunzione / durata del trattamento:

Effetto:

Ti ha aiutato?



Data e giorno della settimana



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



Misure alternative:

ad es. stanza buia / impacco refrigerante / sonno / ...

Limitazione nella vita quotidiana:

0% = nessuna limitazione, 100% = limitazione completa



Note / particolarità:

(ad es. stress, quantità di liquidi assunti, caffeina, ciclo, tempo)



Anche se oggi ti sembra difficile,
**DOMANI È UN NUOVO GIORNO CON
NUOVE OPPORTUNITÀ.**

IL MIO DIARIO DELL'EMICRANIA

Ora:

Quando è iniziato? Quando è finito?

Qualità del sonno:

Com'è stata la notte precedente?



Intensità del dolore:

Segna il dolore sulla scala.



Caratteristiche del dolore:

- ☐ lancinante
- ☐ pulsante
- ☐ oppressivo / sordo
- ☐

Sintomi associati:

- ☐ Aura (disturbi visivi, lampi)
- ☐ Nausea / vomito
- ☐ Sensibilità alla luce
- ☐ Sensibilità ai rumori
- ☐ Sensibilità agli odori
- ☐ Vertigini
- ☐

Trattamento / metodo:

Nome del metodo (ad es. CEFALY®) / farmaco e dose

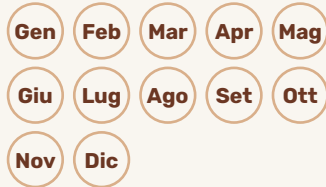
Ora di assunzione / durata del trattamento:

Effetto:

Ti ha aiutato?



Data e giorno della settimana



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



Misure alternative:

ad es. stanza buia / impacco refrigerante / sonno / ...

Limitazione nella vita quotidiana:

0% = nessuna limitazione, 100% = limitazione completa



Note / particolarità:

(ad es. stress, quantità di liquidi assunti, caffeina, ciclo, tempo)



IL MIO DIARIO DELL'EMICRANIA

Ora:

Quando è iniziato? Quando è finito?

Qualità del sonno:

Com'è stata la notte precedente?



Intensità del dolore:

Segna il dolore sulla scala.



Caratteristiche del dolore:

- ☐ lancinante
- ☐ pulsante
- ☐ oppressivo / sordo
- ☐ _____

Sintomi associati:

- ☐ Aura (disturbi visivi, lampi)
- ☐ Nausea / vomito
- ☐ Sensibilità alla luce
- ☐ Sensibilità ai rumori
- ☐ Sensibilità agli odori
- ☐ Vertigini
- ☐ _____

Trattamento / metodo:

Nome del metodo (ad es. CEFALY®) / farmaco e dose

Ora di assunzione / durata del trattamento:

Effetto:

Ti ha aiutato?



Data e giorno della settimana



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

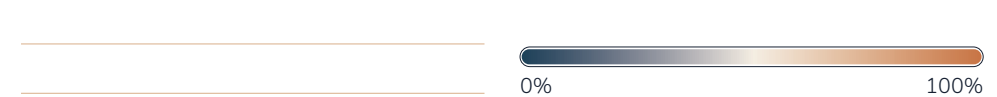


Misure alternative:

ad es. stanza buia / impacco refrigerante / sonno / ...

Limitazione nella vita quotidiana:

0% = nessuna limitazione, 100% = limitazione completa



Note / particolarità:

(ad es. stress, quantità di liquidi assunti, caffeina, ciclo, tempo)



Fai un respiro profondo, rilassati e concediti tutto il tempo di cui hai bisogno.

SEI FORTE!

IL MIO DIARIO DELL'EMICRANIA

Ora:

Quando è iniziato? Quando è finito?

Qualità del sonno:

Com'è stata la notte precedente?



Intensità del dolore:

Segna il dolore sulla scala.



Caratteristiche del dolore:

- ☐ lancinante
- ☐ pulsante
- ☐ oppressivo / sordo
- ☐

Sintomi associati:

- ☐ Aura (disturbi visivi, lampi)
- ☐ Nausea / vomito
- ☐ Sensibilità alla luce
- ☐ Sensibilità ai rumori
- ☐ Sensibilità agli odori
- ☐ Vertigini
- ☐

Trattamento / metodo:

Nome del metodo (ad es. CEFALY®) / farmaco e dose

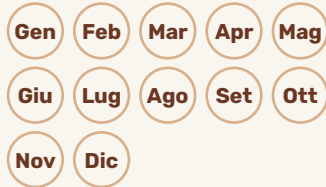
Ora di assunzione / durata del trattamento:

Effetto:

Ti ha aiutato?



Data e giorno della settimana



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



Misure alternative:

ad es. stanza buia / impacco refrigerante / sonno / ...

Limitazione nella vita quotidiana:

0% = nessuna limitazione, 100% = limitazione completa



Note / particolarità:

(ad es. stress, quantità di liquidi assunti, caffeina, ciclo, tempo)



IL MIO DIARIO DELL'EMICRANIA

Ora:

Quando è iniziato? Quando è finito?

Qualità del sonno:

Com'è stata la notte precedente?



Intensità del dolore:

Segna il dolore sulla scala.



Caratteristiche del dolore:

- ☐ lancinante
- ☐ pulsante
- ☐ oppressivo / sordo
- ☐ _____

Sintomi associati:

- ☐ Aura (disturbi visivi, lampi)
- ☐ Nausea / vomito
- ☐ Sensibilità alla luce
- ☐ Sensibilità ai rumori
- ☐ Sensibilità agli odori
- ☐ Vertigini
- ☐ _____

Trattamento / metodo:

Nome del metodo (ad es. CEFALY®) / farmaco e dose

Ora di assunzione / durata del trattamento:

Effetto:

Ti ha aiutato?



Data e giorno della settimana



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



Misure alternative:

ad es. stanza buia / impacco refrigerante / sonno / ...

Limitazione nella vita quotidiana:

0% = nessuna limitazione, 100% = limitazione completa



Note / particolarità:

(ad es. stress, quantità di liquidi assunti, caffeina, ciclo, tempo)



Essere gentile con te stesso è la
MIGLIORE MEDICINA NEI GIORNI DIFFICILI.

IL MIO DIARIO DELL'EMICRANIA

Ora:

Quando è iniziato? Quando è finito?

Qualità del sonno:

Com'è stata la notte precedente?



Intensità del dolore:

Segna il dolore sulla scala.



Caratteristiche del dolore:

- ☐ lancinante
- ☐ pulsante
- ☐ oppressivo / sordo
- ☐

Sintomi associati:

- ☐ Aura (disturbi visivi, lampi)
- ☐ Nausea / vomito
- ☐ Sensibilità alla luce
- ☐ Sensibilità ai rumori
- ☐ Sensibilità agli odori
- ☐ Vertigini
- ☐

Trattamento / metodo:

Nome del metodo (ad es. CEFALY®) / farmaco e dose

Ora di assunzione / durata del trattamento:

Effetto:

Ti ha aiutato?



Data e giorno della settimana



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



Misure alternative:

ad es. stanza buia / impacco refrigerante / sonno / ...

Limitazione nella vita quotidiana:

0% = nessuna limitazione, 100% = limitazione completa



Note / particolarità:

(ad es. stress, quantità di liquidi assunti, caffeina, ciclo, tempo)



IL MIO DIARIO DELL'EMICRANIA

Ora:

Quando è iniziato? Quando è finito?

Qualità del sonno:

Com'è stata la notte precedente?



Intensità del dolore:

Segna il dolore sulla scala.



Caratteristiche del dolore:

- ☐ lancinante
- ☐ pulsante
- ☐ oppressivo / sordo
- ☐

Sintomi associati:

- ☐ Aura (disturbi visivi, lampi)
- ☐ Nausea / vomito
- ☐ Sensibilità alla luce
- ☐ Sensibilità ai rumori
- ☐ Sensibilità agli odori
- ☐ Vertigini
- ☐

Trattamento / metodo:

Nome del metodo (ad es. CEFALY®) / farmaco e dose

Ora di assunzione / durata del trattamento:

Effetto:

Ti ha aiutato?



Data e giorno della settimana



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



Misure alternative:

ad es. stanza buia / impacco refrigerante / sonno / ...

Limitazione nella vita quotidiana:

0% = nessuna limitazione, 100% = limitazione completa



Note / particolarità:

(ad es. stress, quantità di liquidi assunti, caffeina, ciclo, tempo)



IL MIO DIARIO DELL'EMICRANIA

Ora:

Quando è iniziato? Quando è finito?

Qualità del sonno:

Com'è stata la notte precedente?



Intensità del dolore:

Segna il dolore sulla scala.



Caratteristiche del dolore:

- ☐ lancinante
- ☐ pulsante
- ☐ oppressivo / sordo
- ☐

Sintomi associati:

- ☐ Aura (disturbi visivi, lampi)
- ☐ Nausea / vomito
- ☐ Sensibilità alla luce
- ☐ Sensibilità ai rumori
- ☐ Sensibilità agli odori
- ☐ Vertigini
- ☐

Trattamento / metodo:

Nome del metodo (ad es. CEFALY®) / farmaco e dose

Ora di assunzione / durata del trattamento:

Effetto:

Ti ha aiutato?



Data e giorno della settimana



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



Misure alternative:

ad es. stanza buia / impacco refrigerante / sonno / ...

Limitazione nella vita quotidiana:

0% = nessuna limitazione, 100% = limitazione completa



Note / particolarità:

(ad es. stress, quantità di liquidi assunti, caffeina, ciclo, tempo)





CEFALY[®]

CEFALY[®] Svizzera

c/o Neurolite AG

Hühnerhubelstrasse 79

3123 Belp

info@cefaly.ch

031 529 28 32

www.cefaly.ch