



DOMUS MEDICA
CENTRO CURE SPECIALISTICHE

ESTE



DIARIO DELLE CEFALEE

**Il tuo mal di testa:
conoscilo per aiutarci a trattarlo**

**A cura di
Dott. Lino Pasqui**

In copertina:

GIUSEPPE COCCATO, *Colori e linee tra cielo e terra*

Tecnica: acrilico su cartoncino (cm 25x25)

Il Maestro vive e lavora a Piovega di Piove di Sacco (PD).

DIARIO DELLE CEFALEE

Le cefalee rappresentano uno dei problemi medici più frequenti nella popolazione generale.

Nella maggior parte dei casi il mal di testa è una condizione benigna, ma può costituire un problema disabilitante per chi ne soffre.

La cefalea può essere una malattia, e in questo caso si parla di cefalea primaria; o invece essere il sintomo di una malattia, e in questo caso parliamo di cefalea secondaria.

Tra le cefalee primarie più frequenti troviamo l'**emicrania**, la **cefalea di tipo tensivo** e la **cefalea a grappolo**; più rare la cefalea ipnica, da tosse, da attività fisica, da attività sessuale.

Tra le cefalee secondarie, troviamo cefalee attribuibili a traumi, all'uso di farmaci, a infezioni o a malattie cerebrali o facciali.

Il diario delle cefalee che abbiamo preparato è un modo semplice e agile per annotare le caratteristiche e la frequenza del mal di testa.

Compilando ogni giorno il diario e rispondendo alle domande del questionario la persona affetta da cefalea può osservare e riflettere sui propri sintomi e il medico specialista ricostruire al meglio la storia del mal di testa e tutte le condizioni che ad esso possono essere legate. Tutto ciò è molto utile per arrivare ad una corretta diagnosi e ad una terapia mirata e il più possibile efficace.

Crediamo che anche questo opuscolo, che si inserisce nel percorso di volontariato e di servizio sociale dell'Associazione Culturale SALUS EUGANEA – Onlus, sia di aiuto per le persone che soffrono di cefalea.

Dott. Lino Pasqui – Neurologo



ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL DIARIO DELLE CEFALEE

Compilare OGNI GIORNO il diario delle cefalee aiuta il paziente e lo specialista nel verificare caratteristiche essenziali del mal di testa come la frequenza, la durata e l'intensità, gli eventuali sintomi ad essa associati, i fattori scatenanti, il consumo di farmaci e la loro efficacia.

COLONNA 1 - CEFALEA

Nella prima casella a fianco del giorno del mese annotare un **Sì** se il paziente ha presentato un qualsiasi tipo di dolore al capo (incluso il dolore al volto e alla nuca), di qualsiasi intensità (anche lieve) e di qualsiasi durata (anche attacchi brevi).

Se si scrive **No** vuol dire che quel giorno non vi è stato nessun dolore per cui non si prosegue con la compilazione.

COLONNA 2 - ORA INIZIO

Si indichi l'ora in cui è iniziato l'attacco di cefalea; se già presente al risveglio si indica l'ora in cui ci si è svegliati. Se la cefalea è presente dal giorno precedente, si mette **Prec.**

COLONNA 3 - SEDE

Scrivere **U** per unilaterale, che interessa solo un lato della testa, oppure **D** per diffusa.

COLONNA 4 - DISTURBI PRECEDENTI LA CEFALEA (AURA)

Si possono indicare disturbi transitori - da pochi minuti sino a circa un'ora - precedenti il mal di testa: possono essere di tipo visivo (luci lampeggianti, strie luminose a zig zag, macchie nere o bianche nel campo visivo), di tipo sensitivo (formicolii ad un arto o al volto), di tipo motorio (sensazione di astenia ad un arto), o difficoltà di linguaggio. Questi sintomi sono chiamati "Aura".

Talora alcune ore prima dell'esordio del mal di testa si presentano sbadigli frequenti, senso di instabilità con vertigini e/o stanchezza, cambiamenti dell'umore, sensazione di rigidità al collo, difficoltà digestive e nausea, fastidio a luci, rumori, odori, aumento della fame e/o sete, difficoltà di attenzione e concentrazione e difficoltà nel leggere o a parlare. Alcuni sintomi citati possono proseguire durante la cefalea. Sono da scrivere i sintomi principali se presenti; in caso di assenza dei sintomi si mette **No**.

COLONNA 5 - SINTOMI ASSOCIATI ALLA CEFALEA

Alcune forme di cefalea possono essere associate a nausea, vomito, fastidio alla luce (fotofobia), fastidio ai rumori (fonofobia) o agli odori. Se non sono presenti si mette **No**.

COLONNA 6 - INTENSITA' DEL DOLORE

Intensità massima del dolore su quell'attacco, indicando una scala di 3 punti:

- 1 dolore lieve, fastidioso ma non limita le comuni attività quotidiane;
- 2 dolore moderato, limita ma non impedisce completamente le comuni attività quotidiane;
- 3 dolore severo, rende impossibile qualsiasi attività.

COLONNA 7 - FARMACO ASSUNTO

Specificare il farmaco assunto e il dosaggio.

COLONNA 8 - EFFICACIA DEL FARMACO

Specificare se con l'assunzione del farmaco la cefalea è regredita con una scala di tre punti:

- 1 regressione completa della cefalea;
- 2 regressione parziale;
- 3 inefficacia del farmaco.

COLONNA 9 - DURATA CEFALEA

Indicare il tempo totale di durata del mal di testa.

COLONNA 10 - FATTORI SCATENANTI

Se presenti, sono da annotare nel diario. Possono essere:

Fattori psicologici: emozioni, stress, rilassamento dopo lo stress, ansia, depressione.

Fattori ormonali: mestruazioni, ovulazione, "pillola".

Fattori alimentari: Alcool, cibi e bevande contenenti nitrati (salumi, carne pretrattata tipo hot dog), glutammato (carni in scatola, patatine, condimenti per insalate e spezie), tiramina (formaggi stagionati, fegato, banane), feniletilamina (cioccolato). Altri alimenti: aceto, agrumi, crostacei, pomodori, tè, caffè, bevande a base di cola, aspartame.

Fattori ambientali e climatici: dormire poco o troppo, vento, caldo o freddo eccessivi, variazioni del clima, umidità, altitudine (anche voli aerei), esposizione al sole e a luce intensa, rumori intensi o fastidiosi, odori intensi o pungenti (profumi, cibo, fumo, detersivi). Anche movimenti posturali anomali del capo e del collo e tossire o starnutire possono determinare cefalea.

Farmaci: nitroderivati, reserpina, estrogeni, sildenafil, tadalafil.

ANNO _____

MESE _____

Giorno	Cefalea	Ora inizio	Sede	Disturbi precedenti la cefalea	Sintomi associati alla cefalea
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					

ANNO _____

MESE _____

Giorno	Cefalea	Ora inizio	Sede	Disturbi precedenti la cefalea	Sintomi associati alla cefalea
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					

ANNO _____

MESE _____

Giorno	Cefalea	Ora inizio	Sede	Disturbi precedenti la cefalea	Sintomi associati alla cefalea
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					

ANNO _____

MESE _____

Giorno	Cefalea	Ora inizio	Sede	Disturbi precedenti la cefalea	Sintomi associati alla cefalea
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					

ANNO _____

MESE _____

Giorno	Cefalea	Ora inizio	Sede	Disturbi precedenti la cefalea	Sintomi associati alla cefalea
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					



DOMUS MEDICA
CENTRO CURE SPECIALISTICHE
ESTE

Domus Medica, via Zanchi 12 (di fianco al Cinema Farinelli) Este (PD) **Tel. 0429.50303**

WWW.DOMUSMEDICAESTE.IT