



MESE..... ANNO.....

Giorno del mese	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
Mattino																															
Pomeriggio																															
Sera/notte																															
Durata in ore																															
Nausea/vomito																															
Numero di farmaci assunti																															
Beneficio terapia (complessivo)																															
Mestruazioni																															

Intensita' cefalea: 1 lieve 2 moderata 3 severa

Beneficio terapia: 1 assente 2 lieve 3 moderato 4 completo

Mestruazioni: X se presenti

Farmaci utilizzati

1.....

2.....

3.....

4.....

NOTE: