

Nom: \_\_\_\_\_

# Journal des maux de tête



## Indiquez

### quotidiennement:

1. si vous avez des maux de tête (0: non, 1: oui)
2. la durée de la douleur (en heures; si la douleur persiste toute la journée, indiquez par J)
3. l'intensité de vos maux de tête (0: pas de douleur jusqu'à 10: douleur extrême)
4. si vous étiez absent(e) au travail ou à l'école à cause de vos maux de tête (0: non, 1: oui)
5. si vous prenez des antidouleurs (0: non, 1: oui)
6. si vous avez des nausées (0: non, 1: oui)
7. si vous êtes sensible à la lumière ou au bruit (0: non, 1: oui)

Mois: _____	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	
Maux de tête?																																
Durée (heures)																																
Intensité 0: pas de douleur 10: douleur extrême																																
Absent travail / cours?																																
Antidouleurs?																																
Nausée?																																
Sensible à la lumière?																																
Sensible au bruit?																																

