Passaporto del mal di testa personale

Quelli con l'arcobaleno

mepha

Passaporto del mal di testa personale

Nome _____

Cognome _____

Data _____

Per favore annoti i medicamenti che Lei utilizza in caso di mal di testa

_____

_____

_____

_____

_____

Tutte le guide Mepha sono disponibili al sito www.mepha.ch
Per scandire il «QR-Code» con lo smartphone occorre
un'applicazione scaricabile per esempio nell'App Store
alla voce «Scan» o «QR».

Stato dell'informazione: febbraio 2017

Cara paziente, caro paziente

Lei ha ricevuto questo passaporto del mal di testa personale e fa quindi parte del numeroso gruppo di persone colpite che soffrono saltuariamente o in modo cronico di mal di testa. I mal di testa fanno parte dei dolori più frequenti in assoluto.
I mal di testa cronici disturbano l'equilibrio fisico e psichico e possono fortemente pregiudicare la qualità di vita. Prima di una diagnosi sicura, il mal di testa, come ogni dolore, deve essere inteso come sintomo d'allarme del corpo. Ciò fa capire perché la chiarificazione e il trattamento del mal di testa devono essere per principio affidati ad uno specialista. Oltre a ciò, semplici misure preventive possono spesso contribuire a limitare l'uso di medicamenti e quindi anche gli effetti secondari.

Questo passaporto del mal di testa è stato creato per Lei e dovrebbe esserLe d'aiuto. Contiene:

- Il calendario del mal di testa; questo Le dà una visione d'insieme su quanti giorni al mese Lei soffre di mal di testa, quali eventi sono presenti in parallelo, quanto forti sono i Suoi dolori e quali medicamenti Le possono essere d'aiuto.
- Una lista in cui sono da riportare sia i medicamenti prescritti sia i dosaggi degli attuali medicamenti. Perciò il passaporto del mal di testa è un aiuto prezioso anche durante la terapia.

Consiglio: porti con sé il passaporto del mal di testa personale ad ogni colloquio con il Suo medico curante. Ogni dettaglio è importante. Più informazioni il Suo medico avrà a disposizione, meglio La potrà curare.

Intensità del dolore

☺ debole

😐 moderato

☹ forte

Fattori scatenanti, psichici e fisici

1 = eccitazione e stress
2 = fase di rilassamento
3 = cambiamento del ritmo di sonno/veglia
4 = mestruazioni
5 = il Suo fattore scatenante personale

Alimenti/bevande quali fattori scatenanti

A= ormaggio
B = alcol
C = cioccolato
D= caffè o Coca-Cola
E = il Suo fattore scatenante personale

Mese _____

					Tipo di dolore e localizzazione				Sintomi accompagnatori							Numero di				Il medicamento Le è stato d'aiuto?		
Giorno	Intensità ☺	Intensità 😐	Intensità ☹	Durata in ore	pulsante	sordo/opprimente	da un solo lato	da ambo i lati	vomito	nausea	sensib. al rumore	sensib. alla luce	disturbi alla vista	Fattori scatenanti	Medicamenti	Gocce, misurino ecc.	compresse, compresse effervescenti, bustine	supposte	iniezioni	si	poco	no
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Mese _____

					Tipo di dolore e localizzazione				Sintomi accompagnatori							Numero di				Il medicamento Le è stato d'aiuto?		
Giorno	Intensità ☺	Intensità 😐	Intensità ☹	Durata in ore	pulsante	sordo/opprimente	da un solo lato	da ambo i lati	vomito	nausea	sensib. al rumore	sensib. alla luce	disturbi alla vista	Fattori scatenanti	Medicamenti	Gocce, misurino ecc.	compresse, compresse effervescenti, bustine	supposte	iniezioni	si	poco	no
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						
31																						

Mese _____

					Tipo di dolore e localizzazione				Sintomi accompagnatori							Numero di				Il medicamento Le è stato d'aiuto?		
Giorno	Intensità ☺	Intensità 😐	Intensità ☹	Durata in ore	pulsante	sordo/opprimente	da un solo lato	da ambo i lati	vomito	nausea	sensib. al rumore	sensib. alla luce	disturbi alla vista	Fattori scatenanti	Medicamenti	Gocce, misurino ecc.	compresse, compresse effervescenti, bustine	supposte	iniezioni	si	poco	no
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Mese _____

					Tipo di dolore e localizzazione				Sintomi accompagnatori							Numero di				Il medicamento Le è stato d'aiuto?		
Giorno	Intensità ☺	Intensità 😐	Intensità ☹	Durata in ore	pulsante	sordo/opprimente	da un solo lato	da ambo i lati	vomito	nausea	sensib. al rumore	sensib. alla luce	disturbi alla vista	Fattori scatenanti	Medicamenti	Gocce, misurino ecc.	compresse, compresse effervescenti, bustine	supposte	iniezioni	si	poco	no
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						
31																						

Mese _____

					Tipo di dolore e localizzazione				Sintomi accompagnatori							Numero di				Il medicamento Le è stato d'aiuto?		
Giorno	Intensità ☺	Intensità 😐	Intensità ☹	Durata in ore	pulsante	sordo/opprimente	da un solo lato	da ambo i lati	vomito	nausea	sensib. al rumore	sensib. alla luce	disturbi alla vista	Fattori scatenanti	Medicamenti	Gocce, misurino ecc.	compresse, compresse effervescenti, bustine	supposte	iniezioni	si	poco	no
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Mese _____

					Tipo di dolore e localizzazione				Sintomi accompagnatori							Numero di				Il medicamento Le è stato d'aiuto?		
Giorno	Intensità ☺	Intensità 😐	Intensità ☹	Durata in ore	pulsante	sordo/opprimente	da un solo lato	da ambo i lati	vomito	nausea	sensib. al rumore	sensib. alla luce	disturbi alla vista	Fattori scatenanti	Medicamenti	Gocce, misurino ecc.	compresse, compresse effervescenti, bustine	supposte	iniezioni	si	poco	no
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						
31																						

Mese _____

					Tipo di dolore e localizzazione				Sintomi accompagnatori							Numero di				Il medicamento Le è stato d'aiuto?		
Giorno	Intensità ☺	Intensità 😐	Intensità ☹	Durata in ore	pulsante	sordo/opprimente	da un solo lato	da ambo i lati	vomito	nausea	sensib. al rumore	sensib. alla luce	disturbi alla vista	Fattori scatenanti	Medicamenti	Gocce, misurino ecc.	compresse, compresse effervescenti, bustine	supposte	iniezioni	si	poco	no
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Mese _____

					Tipo di dolore e localizzazione				Sintomi accompagnatori							Numero di				Il medicamento Le è stato d'aiuto?		
Giorno	Intensità ☺	Intensità 😐	Intensità ☹	Durata in ore	pulsante	sordo/opprimente	da un solo lato	da ambo i lati	vomito	nausea	sensib. al rumore	sensib. alla luce	disturbi alla vista	Fattori scatenanti	Medicamenti	Gocce, misurino ecc.	compresse, compresse effervescenti, bustine	supposte	iniezioni	si	poco	no
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						
31																						

Mese _____

					Tipo di dolore e localizzazione				Sintomi accompagnatori							Numero di				Il medicamento Le è stato d'aiuto?		
Giorno	Intensità ☺	Intensità 😐	Intensità ☹	Durata in ore	pulsante	sordo/opprimente	da un solo lato	da ambo i lati	vomito	nausea	sensib. al rumore	sensib. alla luce	disturbi alla vista	Fattori scatenanti	Medicamenti	Gocce, misurino ecc.	compresse, compresse effervescenti, bustine	supposte	iniezioni	si	poco	no
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Mese _____

					Tipo di dolore e localizzazione				Sintomi accompagnatori							Numero di				Il medicamento Le è stato d'aiuto?		
Giorno	Intensità ☺	Intensità 😐	Intensità ☹	Durata in ore	pulsante	sordo/opprimente	da un solo lato	da ambo i lati	vomito	nausea	sensib. al rumore	sensib. alla luce	disturbi alla vista	Fattori scatenanti	Medicamenti	Gocce, misurino ecc.	compresse, compresse effervescenti, bustine	supposte	iniezioni	si	poco	no
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						
31																						

Mese _____

					Tipo di dolore e localizzazione				Sintomi accompagnatori							Numero di				Il medicamento Le è stato d'aiuto?		
Giorno	Intensità ☺	Intensità 😐	Intensità ☹	Durata in ore	pulsante	sordo/opprimente	da un solo lato	da ambo i lati	vomito	nausea	sensib. al rumore	sensib. alla luce	disturbi alla vista	Fattori scatenanti	Medicamenti	Gocce, misurino ecc.	compresse, compresse effervescenti, bustine	supposte	iniezioni	si	poco	no
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

Mese _____

					Tipo di dolore e localizzazione				Sintomi accompagnatori							Numero di				Il medicamento Le è stato d'aiuto?		
Giorno	Intensità ☺	Intensità 😐	Intensità ☹	Durata in ore	pulsante	sordo/opprimente	da un solo lato	da ambo i lati	vomito	nausea	sensib. al rumore	sensib. alla luce	disturbi alla vista	Fattori scatenanti	Medicamenti	Gocce, misurino ecc.	compresse, compresse effervescenti, bustine	supposte	iniezioni	si	poco	no
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						
31																						

Medicamenti prescritti dal medico

Medicamenti prescritti il / dal _____

Medicamento	Dosaggio

Cambiamento di medicamenti e dosaggi dal _____

Medicamento	Dosaggio

Cambiamento di medicamenti e dosaggi dal _____

Medicamento	Dosaggio

Cambiamento di medicamenti e dosaggi dal _____

Medicamento	Dosaggio

Cambiamento di medicamenti e dosaggi dal _____

Medicamento	Dosaggio

Cambiamento di medicamenti e dosaggi dal _____

Medicamento	Dosaggio

10 consigli per pazienti con mal di testa

- Pratichi regolarmente dello sport. Specialmente adatti sono gli sport di resistenza (jogging, nordic walking, nuoto, bicicletta ecc.). Ne discuta con il Suo medico.
- Eviti l'uso regolare di antidolorifici. Se pensa che il medicamento non abbia più nessun effetto, ne informi il Suo medico e non aumenti il dosaggio. Prenda solo quanto di cui ha bisogno, fino al momento in cui possa farne completamente a meno.
- Non si lasci mettere sotto pressione dagli altri. Eviti le tensioni fisiche. Impari a dire anche di no.
- Prenda regolarmente i Suoi medicamenti per la prevenzione, anche quando non ha nessun disturbo.
- Si familiarizzi con un metodo di rilassamento. Questo La può aiutare a controllare il dolore.
- Si conceda ore di sonno regolari e a sufficienza, e mantenga il suo ritmo di sonno/veglia anche nei fine settimana e in vacanza.
- Prenda l'abitudine di mangiare ad orari regolari. Riduca la quantità di grassi negli alimenti. Mangi meno dolciumi ed eviti se possibile alcol e nicotina. Beva una quantità sufficiente di liquidi.
- Stia alla larga da inutili situazioni di stress. Eviti discussioni conflittuali e le situazioni che potrebbero agitarLa.
- Si ricompensi con piacevoli esperienze. Si conceda una visita a teatro, una simpatica serata tra amici o una breve vacanza, ma p.f. senza stress!
- Non perda la pazienza. Continui il Suo schema di trattamento con costanza e riporti le Sue condizioni di salute nel Suo passaporto del mal di testa.

Aiuto ed informazione

Società Svizzera per lo Studio delle Cefalee
www.headache.ch

Società Internazionale delle Cefalee
www.ihs-headache.org

Osservazioni

Mepha Pharma SA
www.mepha.ch

225642-041601

Quelli con l'arcobaleno

mepha