

# CALENDRIER DE MIGRAINES

**NOM & PRÉNOM :** \_\_\_\_\_

**PATIENT SUIVI PAR :** \_\_\_\_\_

**TRAITEMENT(S) :** N'indiquez que la première lettre dans le tableau.


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ⓕ impact léger

Ⓜ impact modéré

Ⓘ impact intense

DATE	PRODROME	AURA	CEPHALEE	POSTDROM	DUREE	REGLES	IMPACT	TRAITEMENT 
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								