

Mon journal migraine

pour accompagner le traitement

Nom/prénom

MON JOURNAL MIGRAINE POUR ACCOMPAGNER LE TRAITEMENT

Septembre 2019

Mois/année

JOUR	1	2	3	4	5	6
Matin	0	0	1	2	0	0
Midi	1	0	2	1	0	0
Soir	1	1	3	0	0	0

Prophylaxie:

Nom

Médication aigüe

Menstruation

Hauts niveaux de stress

Remarques

Cher/chère patient/e souffrant de migraines,

ce journal pour accompagner le traitement sert à évaluer l'efficacité de votre traitement médicamenteux contre les migraines. C'est très simple:

1. Veuillez indiquer ici le **mois** et l'**année** (p. ex. septembre 2019)
2. Notez ensuite pour chaque jour comment vous avez ressenti votre migraine le matin, le midi et le soir:
 - 0: **Sans le moindre** mal de tête
 - 1: Des maux de tête qui **ne m'ont pas gêné** dans mes activités
 - 2: Des maux de tête qui **m'ont modérément gêné** dans mes activités
 - 3: Des maux de tête handicapants qui **m'ont massivement gêné** dans mes activités (p. ex. besoin de me retrouver dans le noir, de calme absolu ou de me retirer; gêne importante des activités quotidiennes)
3. Dans cette ligne, veuillez indiquer le nom de votre médicament **préventif** et comment il est administré.
4. Dans cette ligne, veuillez marquer les jours où vous avez pris une **médication aigüe** contre les maux de tête.
5. Ici, veuillez marquer les jours de votre **menstruation**.
6. Dans les **remarques**, vous pouvez noter d'autres points importants pour vous ou dont vous souhaitez discuter lors de votre prochaine consultation médicale.

Veillez apporter ce journal à votre prochain rendez-vous chez votre médecin.

Concernant Mepha Pharma AG et Teva Pharma AG: Les deux sociétés font partie de Mepha Suisse SA, l'une des entreprises pharmaceutiques leader en Suisse, qui fait partie du groupe international Teva, le numéro un mondial sur le marché des génériques, depuis 2011. Mepha Pharma, Teva Pharma et Mepha Suisse ont leur siège à Bâle et emploient actuellement 161 collaborateurs.

MON JOURNAL MIGRAINE POUR ACCOMPAGNER LE TRAITEMENT

Nom/prénom _____

Mois/année _____

0: Aucun mal de tête | 1: Aucune gêne | 2: Gêne modérée | 3: Gêne massive

JOUR	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	
Matin																																
Midi																																
Soir																																
Prophylaxie:																																
Médication aigüe																																
Menstruation																																

Remarques _____

Mois/année _____

0: Aucun mal de tête | 1: Aucune gêne | 2: Gêne modérée | 3: Gêne massive

JOUR	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	
Matin																																
Midi																																
Soir																																
Prophylaxie:																																
Médication aigüe																																
Menstruation																																

Remarques _____

Mois/année _____

0: Aucun mal de tête | 1: Aucune gêne | 2: Gêne modérée | 3: Gêne massive

JOUR	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	
Matin																																
Midi																																
Soir																																
Prophylaxie:																																
Médication aigüe																																
Menstruation																																

Remarques _____

MON JOURNAL MIGRAINE POUR ACCOMPAGNER LE TRAITEMENT

Nom/prénom _____

Mois/année _____

0: Aucun mal de tête | 1: Aucune gêne | 2: Gêne modérée | 3: Gêne massive

JOUR	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
Matin																															
Midi																															
Soir																															
Prophylaxie:																															
Médication aiguë																															
Menstruation																															

Remarques _____

Mois/année _____

0: Aucun mal de tête | 1: Aucune gêne | 2: Gêne modérée | 3: Gêne massive

JOUR	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
Matin																															
Midi																															
Soir																															
Prophylaxie:																															
Médication aiguë																															
Menstruation																															

Remarques _____

Mois/année _____

0: Aucun mal de tête | 1: Aucune gêne | 2: Gêne modérée | 3: Gêne massive

JOUR	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
Matin																															
Midi																															
Soir																															
Prophylaxie:																															
Médication aiguë																															
Menstruation																															

Remarques _____