

CALENDRIER DE MIGRAINE

Le calendrier est un outil important et peut vous apporter des réponses qui vous aideront à améliorer votre condition.

Un calendrier simple facilite l'analyse et la prise de décision en ce qui a trait à la poursuite ou l'arrêt d'un traitement.

Objectifs du calendrier	
Compter les crises	Définissez vos types de crise. En général, 1 représente une crise légère ou un petit mal de tête. 2 signifie une crise modérée qui diminue la capacité de fonctionner, alors que 3 est une crise sévère qui empêche de fonctionner. Il est possible d'avoir qu'un seul type de crise.
Établir une ligne de base	
Déterminer l'effet du traitement de crise	Inscrivez les noms des traitements à l'essai à l'aide d'un code. Ex. : Advil (ibuprofène) = A, Maxalt = M, Relpax = R, Tylenol (acétaminophène) = T, etc.
Identifier les déclencheurs	Notez les aliments ou activités que vous suspectez déclencher une crise de migraine. Toutefois, plus les crises sont fréquentes, plus il sera difficile d'identifier les déclencheurs.
Déterminer si un traitement de fond est efficace	Idéalement, il faut déterminer la fréquence des crises sans traitement. Puis, monitorer le traitement pris durant 3 mois. Indiquez si les crises ont diminué de plus de 50 % ou pas.
Détecter la surconsommation médicamenteuse	Vérifiez si vous prenez de la médication liée aux crises de migraine plus de 12 jours par mois.

Exemples de facteurs déclenchant :

- Contraceptif (Anovulant)
- Aspartame
- Caféine
- Produits laitiers (fromage)
- Chocolat
- Charcuteries
- Disparition subite du stress
- Repas sautés
- Odeurs
- Fumée
- Lumières
- Glutamate monosodique
- Changement des habitudes de sommeil
- Changement de quart de travail
- Changement de saison / température
- Autres

Exemple de calendrier : Observer l'effet du traitement de fond

	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
Intensité 1 2 3				3	3	3			3			2	3						3			2	3				3				2
Règles			x	x	x	x	x																								
Déclencheur					A	A	A			A		A							A			A	A				A				
Traitement				R	R	R							R										R				R				
Traitement																															
Effet du traitement				-	+	+			+			-	+						-			-	+				+				

Calendrier de base :

8 crises sévères
 3 crises modérées
 6 Relpax (R)
 9 Advil (A)
 6 / 11 crises bien traitées

	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
Intensité 1 2 3		3				3	2							3								3						2			
Règles						x	x	x	x	x																					
Déclencheur																															
Traitement		A				A	A															A						A			
Traitement						R							R									R									
Traitement																															
Effet du traitement		+				+	+							+								+						-			

Calendrier après traitement :

4 crises sévères
 2 crises modérées
 3 Relpax (R)
 4 Advil (A)
 5 / 6 crises bien traitées

CALENDRIER DE MIGRAINE

MOIS : _____

NOM DU PATIENT : _____

	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
Intensité 1 2 3																															
Règles																															
Déclencheur																															
Traitement																															
Traitement																															
Traitement																															
Effet du 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
Intensité 1 2 3																															
Règles																															
Déclencheur																															
Traitement																															
Traitement																															
Traitement																															
Effet du 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
Intensité 1 2 3																															
Règles																															
Déclencheur																															
Traitement																															
Traitement																															
Traitement																															
Effet du traitement																															

Intensité :

- 1- Légère (Aucun impact sur les activités habituelles)
- 2- Modérée (Réduction de la capacité d'effectuer les activités habituelles)
- 3- Sévère (Impossible d'effectuer les activités habituelles)

Facteurs déclenchant :

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____

Veuillez envoyer le calendrier de migraine dûment complété par courriel à l'adresse : equipe@expertisemp.com

Traitements utilisés :

T = Tylenol
 A = Advil
 _____ = _____
 _____ = _____
 _____ = _____

Nom du patient : _____

Signature de l'utilisateur : _____

Signature du professionnel : _____

Date de validation : _____