

Journal des Crises

Migraines / Épilepsie — À remplir à chaque crise

Utilisez ce journal pour noter chaque crise. Apportez-le à votre prochaine consultation.

Crise n°1

Date : __/__/____ Heure début : __:__
Durée : _____ min/h Intensité (1-10) : ____
Localisation : Droite Gauche Bilatérale
Aura : Non Visuelle Sensitive Langage
Nausées/Vomissements : Non Nausées Vomissements
Traitement pris : _____
Efficacité : Complète Partielle Aucune
Déclencheur possible : _____

Crise n°2

Date : __/__/____ Heure début : __:__
Durée : _____ min/h Intensité (1-10) : ____
Localisation : Droite Gauche Bilatérale
Aura : Non Visuelle Sensitive Langage
Nausées/Vomissements : Non Nausées Vomissements
Traitement pris : _____
Efficacité : Complète Partielle Aucune
Déclencheur possible : _____

Crise n°3

Date : __/__/____ Heure début : __:__
Durée : _____ min/h Intensité (1-10) : ____
Localisation : Droite Gauche Bilatérale
Aura : Non Visuelle Sensitive Langage
Nausées/Vomissements : Non Nausées Vomissements
Traitement pris : _____
Efficacité : Complète Partielle Aucune
Déclencheur possible : _____

Crise n°4

Date : __/__/____ Heure début : __:__
Durée : _____ min/h Intensité (1-10) : ____
Localisation : Droite Gauche Bilatérale
Aura : Non Visuelle Sensitive Langage
Nausées/Vomissements : Non Nausées Vomissements
Traitement pris : _____
Efficacité : Complète Partielle Aucune

Déclencheur possible : _____

Crise n°5

Date : __/__/____ Heure début : __:__

Durée : _____ min/h Intensité (1-10) : _____

Localisation : Droite Gauche Bilatérale

Aura : Non Visuelle Sensitive Langage

Nausées/Vomissements : Non Nausées Vomissements

Traitement pris : _____

Efficacité : Complète Partielle Aucune

Déclencheur possible : _____

Crise n°6

Date : __/__/____ Heure début : __:__

Durée : _____ min/h Intensité (1-10) : _____

Localisation : Droite Gauche Bilatérale

Aura : Non Visuelle Sensitive Langage

Nausées/Vomissements : Non Nausées Vomissements

Traitement pris : _____

Efficacité : Complète Partielle Aucune

Déclencheur possible : _____

Crise n°7

Date : __/__/____ Heure début : __:__

Durée : _____ min/h Intensité (1-10) : _____

Localisation : Droite Gauche Bilatérale

Aura : Non Visuelle Sensitive Langage

Nausées/Vomissements : Non Nausées Vomissements

Traitement pris : _____

Efficacité : Complète Partielle Aucune

Déclencheur possible : _____

Crise n°8

Date : __/__/____ Heure début : __:__

Durée : _____ min/h Intensité (1-10) : _____

Localisation : Droite Gauche Bilatérale

Aura : Non Visuelle Sensitive Langage

Nausées/Vomissements : Non Nausées Vomissements

Traitement pris : _____

Efficacité : Complète Partielle Aucune

Déclencheur possible : _____