Journal des maux de tête et des migraines

Nom : _____

Période : du ___ / ___ *au* __ / __

Date, heure de début et de fin de la crise	Localisation et nature de la douleur (sourde, pulsatille, etc)	Nourriture et boissons des 24 dernières heures	Niveau de stress	Etat de fatigue	Problèmes digestifs	Tout autre information qui pourrait aider à trouver la cause