

# CALENDRIER DES CRISES DE MIGRAINE

## MIGRAINE

J'ESPÈRE QUE DAVID POURRA  
ALLER CHERCHER LÉA...

BON, C'EST CUIT POUR BOUCLER  
MON DOSSIER... J'AI MAL

JE M'ENFERME  
DANS LE NOIR 



C'EST DE PIRE  
EN PIRE...

AVEC ÇA,  
JE NE SUIS JAMAIS  
PRÉSENTE POUR LÉA

JE FOUILLE DANS LA  
Trousse à PHARMACIE

QUI VA PRÉPARER LE  
DINER AUX ENFANTS ?

JE NE SUPPORTE  
PLUS LA DOULEUR

JE NE SUIS PAS  
À LA HAUTEUR



JE TENTE DE RASSURER  
MA FILLE MALGRÉ  
LA DOULEUR

JE CULPABILISE,  
QUE FAIRE ?

LES MÉDICAMENTS  
N'AIDENT PAS LÀ...

« JE NE  
VEUX PLUS  
SOUFFRIR ! »



 Pfizer

## Une maladie douloureuse, impactant le quotidien

La migraine est la 2<sup>e</sup> maladie neurologique la plus fréquente au monde. <sup>(1)</sup>

Les crises de migraine ne sont pas seulement de simples maux de tête. <sup>(2)</sup>  
Elles présentent des signes cliniques et un mécanisme d'action similaires à ceux de l'épilepsie. <sup>(3)</sup>

Les migraines peuvent notamment causer des **douleurs pulsatiles** parfois accompagnées de **nausées**, de **vomissements**, de **fatigue**, de « **brouillard mental** » ou d'une **sensibilité à la lumière ou au bruit** pouvant durer plusieurs jours. <sup>(2)</sup>

Ces symptômes peuvent être comparés à un **orage dans le cerveau**. <sup>(2)</sup>



La migraine est une maladie pouvant être incapacitante et affectant différents aspects de la vie quotidienne : <sup>(4)</sup>

- **La vie personnelle** : la migraine peut avoir un impact négatif sur les activités et tâches quotidiennes des patients comme les loisirs ou les tâches ménagères <sup>(5)</sup>
- **La vie familiale** : les patients étant nombreux à rater des sorties, des évènements ou des activités avec leurs proches <sup>(6)</sup>
- **La vie professionnelle** : dans certains cas la migraine pouvant causer des absences régulières ainsi qu'une baisse de productivité <sup>(6,7)</sup>

## Une pathologie source d'injustice

**2 fois plus** de femmes atteintes de migraine que d'hommes <sup>(8)</sup>

**Les femmes souffrent aussi plus durement** ; leurs crises sont généralement plus longues et plus incapacitantes. Le temps de rémission est également plus important chez les femmes. <sup>(8)</sup>

Le fait que la migraine soit une pathologie majoritairement féminine contribue à la **stigmatisation des patients**. <sup>(8)</sup>

En effet, bien qu'il s'agisse d'une pathologie reconnue, la migraine peut encore être **largement banalisée et minimisée**, que ce soit par l'entourage du patient voire parfois par les professionnels de santé. <sup>(4,6)</sup>



**Les traitements préventifs et les traitements de la crise aident à réduire la douleur, les symptômes associés et à permettre une vie normale.** <sup>(9)</sup>

# POURQUOI EST-CE IMPORTANT DE DOCUMENTER SES CRISES DE MIGRAINE ?



L'utilisation d'un calendrier pour noter la fréquence et l'intensité des migraines ainsi que les traitements de crise permet d'optimiser la prise en charge. <sup>(1,5)</sup>

Le calendrier que vous trouverez dans les pages suivantes permettra au médecin de :

- Mieux **comprendre la sévérité de vos crises** et leurs conséquences
- **Connaître la fréquence de vos crises** et le nombre de jours de prise de votre traitement par mois
- **Suivre l'efficacité et la tolérance de vos traitements**
- **Répertorier d'autres données importantes** sur vos crises (facteurs déclenchants, symptômes spécifiques, ...)



**Les informations que vous apporterez à votre médecin grâce à la documentation de votre calendrier vont lui permettre de réévaluer votre maladie et votre traitement et, si besoin, de l'adapter. Votre médecin pourra aussi vous conseiller sur comment adapter votre mode de vie afin que vous bénéficiiez d'une prise en charge optimisée et qui vous corresponde.** <sup>(1,5)</sup>

# POURQUOI EST-CE IMPORTANT DE BIEN GÉRER SA CRISE DE MIGRAINE ?

Respecter quelques recommandations permet de mieux gérer sa migraine au quotidien et d'optimiser la prise en charge :



## Améliorer le mode de vie

au niveau de l'hydratation, du sommeil, de l'alimentation et de l'activité physique. Une modification du mode de vie peut permettre de limiter les facteurs déclenchants. <sup>(5)</sup>



## Prendre les traitements de crise précocement

dans l'heure qui suit l'apparition de la crise. <sup>(1)</sup>



## Être prudent quant aux risques de surconsommation

La surconsommation de médicaments peut entraîner une progression et une chronicisation de la migraine. L'utilisation des traitements de crise doit ainsi être limitée à maximum 8 jours dans la mesure du possible. <sup>(1,5)</sup>

# COMMENT REMPLIR MON CALENDRIER ?

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Sévérité de la crise	Légère														
	Modérée														
	Sévère				X										
Durée de la crise				3h											
Empêchant l'activité ?															
Nombre de prise du traitement															
.....															
Délai de prise ?*															
Nombre de prise du traitement															
.....															
Délai de prise ?*															
Efficace dans les 2h ?															
Efficace pendant 24h ?															
Présence d'effets indésirables ?#															

2. Indiquer par une croix les jours où vous avez eu une crise dans le mois, en fonction de la sévérité de la crise, la durée de la crise et si celle-ci vous a empêché de réaliser vos activités quotidiennes

3. Renseigner le nom de votre/vos traitement(s) de crises

7. Indiquer les facteurs vous déclenchant des crises de migraine. Vous pouvez ajouter la date des crises associées

8. Indiquer si vos traitements ne sont pas suffisants pour vous aider à gérer vos activités quotidiennes

MOIS : JANVIER 1. Noter le mois dans lequel vous vous trouvez

		15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Sévérité de la crise	Légère																	
	Modérée					X												
	Sévère																	
Durée de la crise					4h													
Empêchant l'activité ?					Oui													
Nombre de prise du traitement					3													
.....																		
Délai de prise ?*					1													
Nombre de prise du traitement																		
.....																		
Délai de prise ?*																		
Efficace dans les 2h ?					Oui													
Efficace pendant 24h ?					Non													
Présence d'effets indésirables ?#					Non													

4. Indiquer combien de fois vous avez pris ce traitement au cours de la journée

5. Indiquer combien d'heures après l'apparition de vos symptômes ou de votre aura vous avez pris votre traitement. Vous pouvez indiquer 0 si vous l'avez pris immédiatement

6. Indiquer si votre traitement :  
 • a soulagé votre crise de migraine dans les 2h après la prise ;  
 • est resté efficace pendant 24h après la prise ;  
 • vous a causé des effets indésirables ou non

AUTRES REMARQUES

Grosse sensibilité à la lumière le 19/01  
 Période de stress

9. Si vous avez d'autres choses à noter ou des questions à poser à votre médecin, indiquez-les ici. Cela peut être des symptômes spécifiques, des effets indésirables de vos traitements, un ressenti par rapport à la maladie, ...

\* En cas de survenue d'effets indésirables, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des effets indésirables : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.

\* Délai de prise : délai dans lequel vous avez pris ce traitement, en nombre d'heures après l'apparition des premiers symptômes ou de l'aura.

# MON CALENDRIER DES CRISES DE MIGRAINE

MOIS : .....

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Sévérité de la crise	Légère														
	Modérée														
	Sévère														
Durée de la crise															
Empêchant l'activité ?															
Nombre de prise du traitement .....															
Délai de prise ?*															
Nombre de prise du traitement .....															
Délai de prise ?*															
Efficace dans les 2h ?															
Efficace pendant 24h ?															
Présence d'effets indésirables ?															

		15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Sévérité de la crise	Légère																	
	Modérée																	
	Sévère																	
Durée de la crise																		
Empêchant l'activité ?																		
Nombre de prise du traitement .....																		
Délai de prise ?*																		
Nombre de prise du traitement .....																		
Délai de prise ?*																		
Efficace dans les 2h ?																		
Efficace pendant 24h ?																		
Présence d'effets indésirables ?																		

**QUELS SONT LES FACTEURS ASSOCIÉS À VOS CRISES ?**  
(ex. : stress, surmenage, alcool, chocolat, manque ou excès de sommeil, variations émotionnelles, ...)  
.....  
.....

**AVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS POUR PLANIFIER VOS ACTIVITÉS QUOTIDIENNES MALGRÉ VOS TRAITEMENTS ? SI OUI, LESQUELLES ?**  
.....  
.....

**AUTRES REMARQUES**  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

En cas de survenue d'effets indésirables, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des effets indésirables : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.  
\* Délai de prise : délai dans lequel vous avez pris ce traitement, en nombre d'heures après l'apparition des premiers symptômes ou de l'aura.

# MON CALENDRIER DES CRISES DE MIGRAINE

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Sévérité de la crise	Légère														
	Modérée														
	Sévère														
Durée de la crise															
Empêchant l'activité ?															
Nombre de prise du traitement .....															
Délai de prise ?*															
Nombre de prise du traitement .....															
Délai de prise ?*															
Efficace dans les 2h ?															
Efficace pendant 24h ?															
Présence d'effets indésirables ?															

MOIS : .....

		15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Sévérité de la crise	Légère																	
	Modérée																	
	Sévère																	
Durée de la crise																		
Empêchant l'activité ?																		
Nombre de prise du traitement .....																		
Délai de prise ?*																		
Nombre de prise du traitement .....																		
Délai de prise ?*																		
Efficace dans les 2h ?																		
Efficace pendant 24h ?																		
Présence d'effets indésirables ?																		

**QUELS SONT LES FACTEURS ASSOCIÉS À VOS CRISES ?**  
(ex. : stress, surmenage, alcool, chocolat, manque ou excès de sommeil, variations émotionnelles, ...)  
.....  
.....

**AVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS POUR PLANIFIER VOS ACTIVITÉS QUOTIDIENNES MALGRÉ VOS TRAITEMENTS ? SI OUI, LESQUELLES ?**  
.....  
.....

**AUTRES REMARQUES**  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

En cas de survenue d'effets indésirables, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des effets indésirables : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.  
\* Délai de prise : délai dans lequel vous avez pris ce traitement, en nombre d'heures après l'apparition des premiers symptômes ou de l'aura.

# MON CALENDRIER DES CRISES DE MIGRAINE

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Sévérité de la crise	Légère														
	Modérée														
	Sévère														
Durée de la crise															
Empêchant l'activité ?															
Nombre de prise du traitement .....															
Délai de prise ?*															
Nombre de prise du traitement .....															
Délai de prise ?*															
Efficace dans les 2h ?															
Efficace pendant 24h ?															
Présence d'effets indésirables ?															

MOIS : .....

15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

**QUELS SONT LES FACTEURS ASSOCIÉS À VOS CRISES ?**

(ex. : stress, surmenage, alcool, chocolat, manque ou excès de sommeil, variations émotionnelles, ...)

.....  
 .....

**AVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS POUR PLANIFIER VOS ACTIVITÉS QUOTIDIENNES MALGRÉ VOS TRAITEMENTS ? SI OUI, LESQUELLES ?**

.....  
 .....

**AUTRES REMARQUES**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

En cas de survenue d'effets indésirables, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des effets indésirables : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.  
 \* Délai de prise : délai dans lequel vous avez pris ce traitement, en nombre d'heures après l'apparition des premiers symptômes ou de l'aura.

# MON CALENDRIER DES CRISES DE MIGRAINE

MOIS : .....

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Sévérité de la crise	Légère														
	Modérée														
	Sévère														
Durée de la crise															
Empêchant l'activité ?															
Nombre de prise du traitement .....															
Délai de prise ?*															
Nombre de prise du traitement .....															
Délai de prise ?*															
Efficace dans les 2h ?															
Efficace pendant 24h ?															
Présence d'effets indésirables ?															

		15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Sévérité de la crise	Légère																	
	Modérée																	
	Sévère																	
Durée de la crise																		
Empêchant l'activité ?																		
Nombre de prise du traitement .....																		
Délai de prise ?*																		
Nombre de prise du traitement .....																		
Délai de prise ?*																		
Efficace dans les 2h ?																		
Efficace pendant 24h ?																		
Présence d'effets indésirables ?																		

**QUELS SONT LES FACTEURS ASSOCIÉS À VOS CRISES ?**  
 (ex. : stress, surmenage, alcool, chocolat, manque ou excès de sommeil, variations émotionnelles, ...)  
 .....  
 .....

**AVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS POUR PLANIFIER VOS ACTIVITÉS QUOTIDIENNES MALGRÉ VOS TRAITEMENTS ? SI OUI, LESQUELLES ?**  
 .....  
 .....

**AUTRES REMARQUES**  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

En cas de survenue d'effets indésirables, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des effets indésirables : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.  
 \* Délai de prise : délai dans lequel vous avez pris ce traitement, en nombre d'heures après l'apparition des premiers symptômes ou de l'aura.



# MON CALENDRIER DES CRISES DE MIGRAINE

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Sévérité de la crise	Légère													
	Modérée													
	Sévère													
Durée de la crise														
Empêchant l'activité ?														
Nombre de prise du traitement .....														
Délai de prise ?*														
Nombre de prise du traitement .....														
Délai de prise ?*														
Efficace dans les 2h ?														
Efficace pendant 24h ?														
Présence d'effets indésirables ?														

MOIS : .....

15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

**QUELS SONT LES FACTEURS ASSOCIÉS À VOS CRISES ?**  
(ex. : stress, surmenage, alcool, chocolat, manque ou excès de sommeil, variations émotionnelles, ...)  
.....  
.....

**AVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS POUR PLANIFIER VOS ACTIVITÉS QUOTIDIENNES MALGRÉ VOS TRAITEMENTS ? SI OUI, LESQUELLES ?**  
.....  
.....

**AUTRES REMARQUES**  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

En cas de survenue d'effets indésirables, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des effets indésirables : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.  
\* Délai de prise : délai dans lequel vous avez pris ce traitement, en nombre d'heures après l'apparition des premiers symptômes ou de l'aura.

# MON CALENDRIER DES CRISES DE MIGRAINE

MOIS : .....

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Sévérité de la crise	Légère														
	Modérée														
	Sévère														
Durée de la crise															
Empêchant l'activité ?															
Nombre de prise du traitement .....															
Délai de prise ?*															
Nombre de prise du traitement .....															
Délai de prise ?*															
Efficace dans les 2h ?															
Efficace pendant 24h ?															
Présence d'effets indésirables ?															

		15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Sévérité de la crise	Légère																	
	Modérée																	
	Sévère																	
Durée de la crise																		
Empêchant l'activité ?																		
Nombre de prise du traitement .....																		
Délai de prise ?*																		
Nombre de prise du traitement .....																		
Délai de prise ?*																		
Efficace dans les 2h ?																		
Efficace pendant 24h ?																		
Présence d'effets indésirables ?																		

**QUELS SONT LES FACTEURS ASSOCIÉS À VOS CRISES ?**  
(ex. : stress, surmenage, alcool, chocolat, manque ou excès de sommeil, variations émotionnelles, ...)  
.....  
.....

**AVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS POUR PLANIFIER VOS ACTIVITÉS QUOTIDIENNES MALGRÉ VOS TRAITEMENTS ? SI OUI, LESQUELLES ?**  
.....  
.....

**AUTRES REMARQUES**  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

En cas de survenue d'effets indésirables, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des effets indésirables : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.  
\* Délai de prise : délai dans lequel vous avez pris ce traitement, en nombre d'heures après l'apparition des premiers symptômes ou de l'aura.

# MON CALENDRIER DES CRISES DE MIGRAINE

MOIS : .....

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Sévérité de la crise	Légère														
	Modérée														
	Sévère														
Durée de la crise															
Empêchant l'activité ?															
Nombre de prise du traitement .....															
Délai de prise ?*															
Nombre de prise du traitement .....															
Délai de prise ?*															
Efficace dans les 2h ?															
Efficace pendant 24h ?															
Présence d'effets indésirables ?															

15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

**QUELS SONT LES FACTEURS ASSOCIÉS À VOS CRISES ?**  
 (ex. : stress, surmenage, alcool, chocolat, manque ou excès de sommeil, variations émotionnelles, ...)  
 .....  
 .....

**AVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS POUR PLANIFIER VOS ACTIVITÉS QUOTIDIENNES MALGRÉ VOS TRAITEMENTS ? SI OUI, LESQUELLES ?**  
 .....  
 .....

**AUTRES REMARQUES**  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

En cas de survenue d'effets indésirables, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des effets indésirables : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.  
 \* Délai de prise : délai dans lequel vous avez pris ce traitement, en nombre d'heures après l'apparition des premiers symptômes ou de l'aura.

# MON CALENDRIER DES CRISES DE MIGRAINE

MOIS : .....

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Sévérité de la crise	Légère														
	Modérée														
	Sévère														
Durée de la crise															
Empêchant l'activité ?															
Nombre de prise du traitement .....															
Délai de prise ?*															
Nombre de prise du traitement .....															
Délai de prise ?*															
Efficace dans les 2h ?															
Efficace pendant 24h ?															
Présence d'effets indésirables ?															

15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

**QUELS SONT LES FACTEURS ASSOCIÉS À VOS CRISES ?**  
 (ex. : stress, surmenage, alcool, chocolat, manque ou excès de sommeil, variations émotionnelles, ...)  
 .....  
 .....

**AVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS POUR PLANIFIER VOS ACTIVITÉS QUOTIDIENNES MALGRÉ VOS TRAITEMENTS ? SI OUI, LESQUELLES ?**  
 .....  
 .....

**AUTRES REMARQUES**  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

En cas de survenue d'effets indésirables, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des effets indésirables : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.  
 \* Délai de prise : délai dans lequel vous avez pris ce traitement, en nombre d'heures après l'apparition des premiers symptômes ou de l'aura.

# MON CALENDRIER DES CRISES DE MIGRAINE

MOIS : .....

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Sévérité de la crise	Légère													
	Modérée													
	Sévère													
Durée de la crise														
Empêchant l'activité ?														
Nombre de prise du traitement .....														
Délai de prise ?*														
Nombre de prise du traitement .....														
Délai de prise ?*														
Efficace dans les 2h ?														
Efficace pendant 24h ?														
Présence d'effets indésirables ?														

15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Légère																
Modérée																
Sévère																
Durée de la crise																
Empêchant l'activité ?																
Nombre de prise du traitement .....																
Délai de prise ?*																
Nombre de prise du traitement .....																
Délai de prise ?*																
Efficace dans les 2h ?																
Efficace pendant 24h ?																
Présence d'effets indésirables ?																

## QUELS SONT LES FACTEURS ASSOCIÉS À VOS CRISES ?

(ex. : stress, surmenage, alcool, chocolat, manque ou excès de sommeil, variations émotionnelles, ...)

.....  
.....

## AVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS POUR PLANIFIER VOS ACTIVITÉS QUOTIDIENNES MALGRÉ VOS TRAITEMENTS ? SI OUI, LESQUELLES ?

.....  
.....

## AUTRES REMARQUES

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

En cas de survenue d'effets indésirables, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des effets indésirables : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.

\* Délai de prise : délai dans lequel vous avez pris ce traitement, en nombre d'heures après l'apparition des premiers symptômes ou de l'aura.

# MON CALENDRIER DES CRISES DE MIGRAINE

MOIS : .....

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Sévérité de la crise	Légère														
	Modérée														
	Sévère														
Durée de la crise															
Empêchant l'activité ?															
Nombre de prise du traitement .....															
Délai de prise ?*															
Nombre de prise du traitement .....															
Délai de prise ?*															
Efficace dans les 2h ?															
Efficace pendant 24h ?															
Présence d'effets indésirables ?															

		15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Sévérité de la crise	Légère																	
	Modérée																	
	Sévère																	
Durée de la crise																		
Empêchant l'activité ?																		
Nombre de prise du traitement .....																		
Délai de prise ?*																		
Nombre de prise du traitement .....																		
Délai de prise ?*																		
Efficace dans les 2h ?																		
Efficace pendant 24h ?																		
Présence d'effets indésirables ?																		

**QUELS SONT LES FACTEURS ASSOCIÉS À VOS CRISES ?**  
 (ex. : stress, surmenage, alcool, chocolat, manque ou excès de sommeil, variations émotionnelles, ...)  
 .....  
 .....

**AVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS POUR PLANIFIER VOS ACTIVITÉS QUOTIDIENNES MALGRÉ VOS TRAITEMENTS ? SI OUI, LESQUELLES ?**  
 .....  
 .....

**AUTRES REMARQUES**  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

En cas de survenue d'effets indésirables, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des effets indésirables : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.  
 \* Délai de prise : délai dans lequel vous avez pris ce traitement, en nombre d'heures après l'apparition des premiers symptômes ou de l'aura.

# MON CALENDRIER DES CRISES DE MIGRAINE

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Sévérité de la crise	Légère															
	Modérée															
	Sévère															
Durée de la crise																
Empêchant l'activité ?																
Nombre de prise du traitement																
.....																
Délai de prise ?*																
Nombre de prise du traitement																
.....																
Délai de prise ?*																
Efficace dans les 2h ?																
Efficace pendant 24h ?																
Présence d'effets indésirables ?																

MOIS : .....

15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

**QUELS SONT LES FACTEURS ASSOCIÉS À VOS CRISES ?**  
 (ex. : stress, surmenage, alcool, chocolat, manque ou excès de sommeil, variations émotionnelles, ...)  
 .....  
 .....

**AVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS POUR PLANIFIER VOS ACTIVITÉS QUOTIDIENNES MALGRÉ VOS TRAITEMENTS ? SI OUI, LESQUELLES ?**  
 .....  
 .....

**AUTRES REMARQUES**  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

En cas de survenue d'effets indésirables, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des effets indésirables : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.  
 \* Délai de prise : délai dans lequel vous avez pris ce traitement, en nombre d'heures après l'apparition des premiers symptômes ou de l'aura.

# MON CALENDRIER DES CRISES DE MIGRAINE

MOIS : .....

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Sévérité de la crise	Légère														
	Modérée														
	Sévère														
Durée de la crise															
Empêchant l'activité ?															
Nombre de prise du traitement															
.....															
Délai de prise ?*															
Nombre de prise du traitement															
.....															
Délai de prise ?*															
Efficace dans les 2h ?															
Efficace pendant 24h ?															
Présence d'effets indésirables ?															

15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

**QUELS SONT LES FACTEURS ASSOCIÉS À VOS CRISES ?**  
 (ex. : stress, surmenage, alcool, chocolat, manque ou excès de sommeil, variations émotionnelles, ...)  
 .....  
 .....

**AVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS POUR PLANIFIER VOS ACTIVITÉS QUOTIDIENNES MALGRÉ VOS TRAITEMENTS ? SI OUI, LESQUELLES ?**  
 .....  
 .....

**AUTRES REMARQUES**  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

En cas de survenue d'effets indésirables, parlez-en à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère. Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le portail de signalement des effets indésirables : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>.  
 \* Délai de prise : délai dans lequel vous avez pris ce traitement, en nombre d'heures après l'apparition des premiers symptômes ou de l'aura.



# MIGRAINE : UNE VRAIE MALADIE NÉCESSITANT UNE CONSULTATION DÉDIÉE

Un calendrier des crises de migraine pour faciliter le suivi de votre maladie et la réévaluation de votre traitement



EN FRANCE,  
11 MILLIONS  
DE PERSONNES  
SOUFFRENT  
DE MIGRAINE.<sup>(10)</sup>

POURTANT,  
DES SOLUTIONS  
EXISTENT.



Pour mieux comprendre la migraine, apprendre à la gérer et engager une discussion autour de votre pathologie, rendez-vous sur notre site internet « Vivre avec la migraine » :



## Références :

**1.** Donnet A, Demarquay G et Ducros A. Recommandations 2021 pour le diagnostic et la prise en charge de la migraine chez l'adulte : traitements des crises. *Presse Med Form.* 2022;3:404-411. **2.** Salamon M. Battling a « brain storm ». Fresh solutions to migraines boast fewer side effects. *Harvard Health Publishing.* 1<sup>er</sup> avril 2023. **3.** Rogawski MA. Migraine and epilepsy – shared mechanisms within the family of episodic disorders. *Jasper's Basic Mechanisms of the Epilepsies.* 4<sup>e</sup> édition. 2012. **4.** La voix des migraineux. Enquête : parcours de soin du patient migraineux 2022. L'évaluation de l'expérience et du parcours de soin des patient.e.s migraineux. 26 juillet 2022, mis à jour le 19 décembre 2022. Consulté le 09 juin 2023. **5.** Demarquay G, Donnet A et Ducros A. Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de la migraine chez l'adulte : diagnostic et évaluation. *Presse Med Form.* 2022;3:395-403. **6.** La voix des migraineux. Sondage : impact de la migraine sévère et chronique 2020, mis à jour le 19 décembre 2022. Consulté le 09 juin 2023. **7.** Vo P, et al. Patients' perspective on the burden of migraine in Europe: a cross-sectional analysis of survey data in France, Germany, Italy, Spain, and the United Kingdom. *The Journal of Headache and Pain.* 2018;19:82. **8.** Rossi MF, et al. Sex and gender differences in migraines: a narrative review. *Neurological Sciences.* 2022;43:5729-5734. **9.** Gawde P, et al. Revisiting migraine: the evolving pathophysiology and the expanding management armamentarium. *Cureus.* 2023;15(2):e34553. **10.** Ameli. Migraine : les symptômes, les facteurs déclenchants, l'évolution. 01 juillet 2022. Consulté le 20 juillet 2023.

## Méthodologie :

**2.** Enquête : parcours de soin du patient migraineux. Enquête menée en 2022 chez 683 usagers du système de santé se déclarant migraineux légers, sévères ou chroniques. **3.** Sondage : impact de la migraine sévère et chronique. Sondage menée en 2020 chez 660 migraineux sévère et chronique.



**PP-UNP-FRA-2908** - Pfizer, SAS au capital de 47 570 euros, 23-25 avenue du Docteur Lannelongue, 75014 Paris, RCS Paris n°433623550, locataire-gérant de Pfizer Holding France SIREN 433623550 - SIRET 433 623 550 00020 N° TVA intracommunautaire : FR 73 433 623 550.