MON AGENDA DE LA MIGRAINE

La migraine est une maladie neurologique invalidante qui a un fort impact pour les patients comme pour leur entourage : tant au niveau personnel, social que professionnel.

Lilly s'investit pour accompagner les personnes souffrant de migraine, et ainsi contribuer à améliorer leur qualité de vie.

Envisageons la migraine sous un nouvel angle et levons ensemble le voile d'idées préconçues qui masque le vrai visage de cette maladie.

Pour plus d'informations sur nos actions : rendez-vous sur le site www.lillymigraine.fr

ENSEMBLE, CONSIDÉRONS LA MIGRAINE

MON AGENDA DE LA MIGRAINE

L'agenda de la migraine est un outil qui vous permet :
- de suivre vos crises ;
- d'échanger avec votre neurologue pour optimiser la prise en charge de votre migraine et adapter votre traitement.

Comment l'utiliser ?
Inscrivez-y tous les éléments importants comme la date, l'intensité et la durée de la crise, les éléments relatifs à votre traitement ainsi que les facteurs favorisants.

Présentez le à votre médecin lors de votre prochaine consultation migraine.

MES INFORMATIONS

Nom / Prénom.....
Médecin traitant.....

COMMENT UTILISER MON

Chaque mois, je remplis les différentes parties de mon agenda selon l'exemple ci-dessous

Le mois en cours

Mois 1 Juin

Mon agenda

Jour	Intensité	Traitement(s) /dose	Durée	Facteurs favorisants
1				
2				
3				
4	+++	AINS + Triptan	5h	Chaleur
5				
6				
7	++	Triptan	3h	Stress
8				
9	++	AINS + Triptan	4h	Fatigue
10	+	AINS	2h	Fatigue
11				
12				
13	++	AINS + Triptan	6h	Voiture
14				
15				
16				
17				
18	++	AINS + Triptan	4h	Règles
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

La date de survenue de ma crise

Intensité de la crise : Faible (+) Modérée (++) Sévère (+++)

Mes traitement(s) /dose

La durée de ma crise

Les facteurs favorisants

AGENDA DE LA MIGRAINE ?

Nom de mon traitement de fond

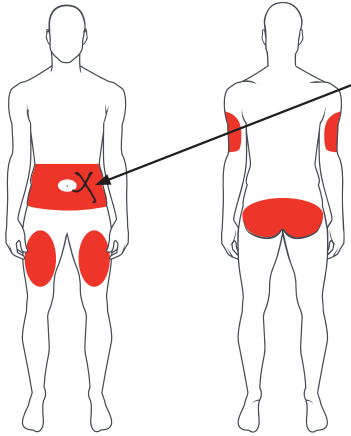
La date de mon injection

Mon traitement de fond

Nom : XXX

Date d'injection : 6 juin

Ma zone d'injection (cocher précisément la zone). Les zones d'injection sont représentées en rouge ci-dessous (arrière du bras, abdomen, fesse, cuisse) :



J'indique ici la zone où j'ai effectué mon injection

La date de ma prochaine injection

Ma prochaine injection est prévue le :

6 juillet

Mois 1 .....

Mon agenda

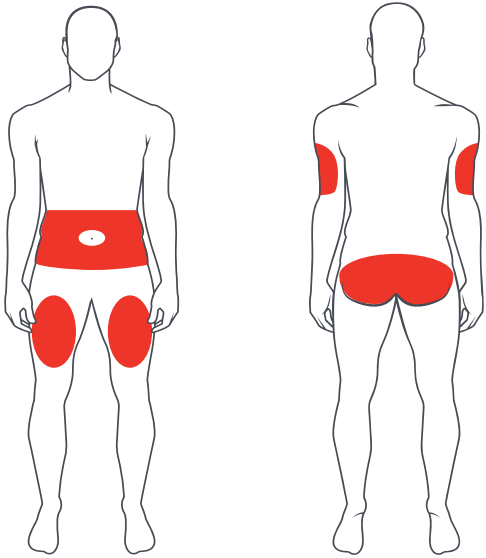
Jour	Intensité	Traitement(s) /dose	Durée	Facteurs favorisants
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Mon traitement de fond

Nom : .....

Date d'injection : .....

Ma zone d'injection (cocher précisément la zone). Les zones d'injection sont représentées en rouge ci-dessous (arrière du bras, abdomen, fesse, cuisse) :



Ma prochaine injection est prévue le :

.....

Mois 2 .....

Mon agenda

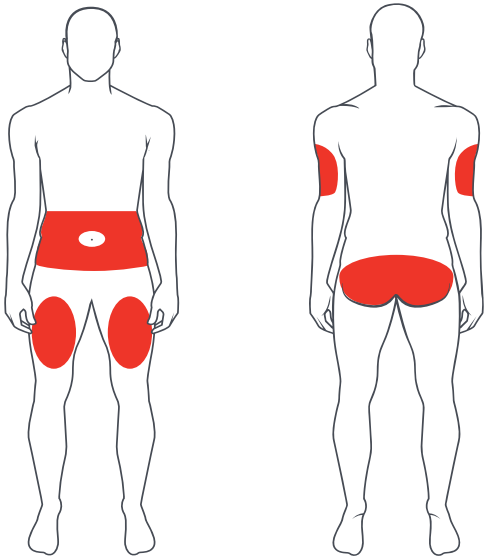
Jour	Intensité	Traitement(s) /dose	Durée	Facteurs favorisants
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Mon traitement de fond

Nom : .....

Date d'injection : .....

Ma zone d'injection (cocher précisément la zone). Les zones d'injection sont représentées en rouge ci-dessous (arrière du bras, abdomen, fesse, cuisse) :



Ma prochaine injection est prévue le :

.....

Mois 3 .....

Mon agenda

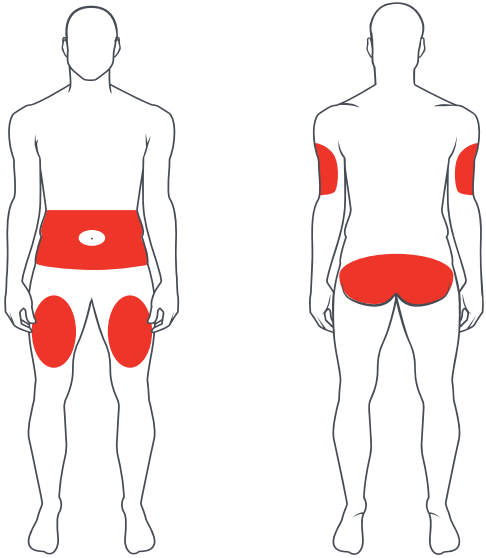
Jour	Intensité	Traitement(s) /dose	Durée	Facteurs favorisants
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Mon traitement de fond

Nom : .....

Date d'injection : .....

Ma zone d'injection (cocher précisément la zone). Les zones d'injection sont représentées en rouge ci-dessous (arrière du bras, abdomen, fesse, cuisse) :



Ma prochaine injection est prévue le :

.....

Mois 4 .....

Mon agenda

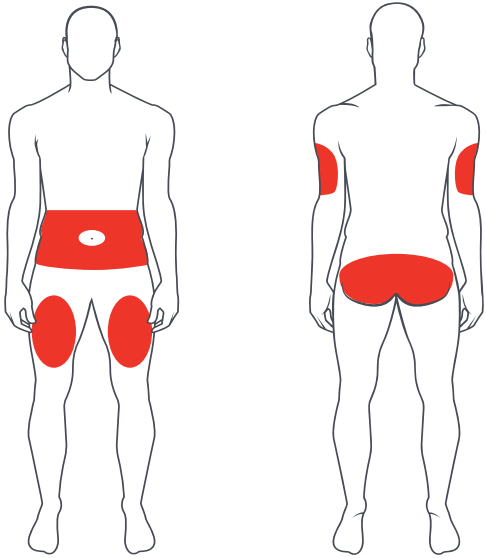
Jour	Intensité	Traitement(s) /dose	Durée	Facteurs favorisants
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Mon traitement de fond

Nom : .....

Date d'injection : .....

Ma zone d'injection (cocher précisément la zone). Les zones d'injection sont représentées en rouge ci-dessous (arrière du bras, abdomen, fesse, cuisse) :



Ma prochaine injection est prévue le :

.....

Mois 5 .....

Mon agenda

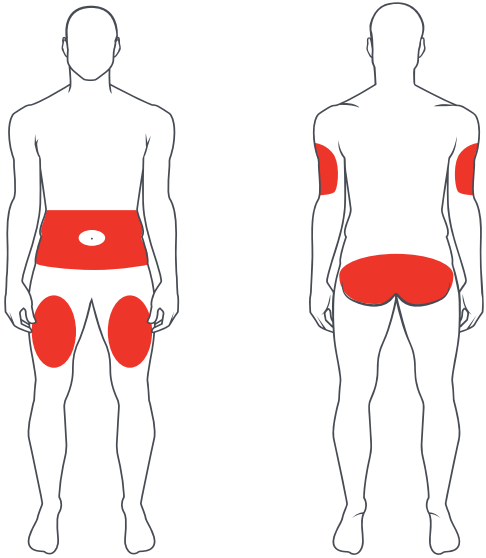
Jour	Intensité	Traitement(s) /dose	Durée	Facteurs favorisants
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Mon traitement de fond

Nom : .....

Date d'injection : .....

Ma zone d'injection (cocher précisément la zone). Les zones d'injection sont représentées en rouge ci-dessous (arrière du bras, abdomen, fesse, cuisse) :



Ma prochaine injection est prévue le :

.....

Mois 6 .....

Mon agenda

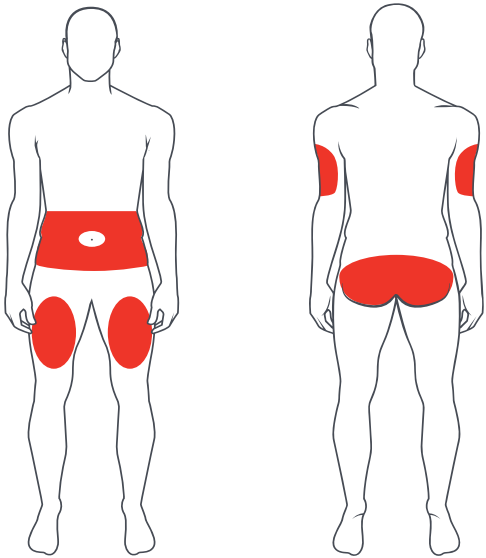
Jour	Intensité	Traitement(s) /dose	Durée	Facteurs favorisants
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Mon traitement de fond

Nom : .....

Date d'injection : .....

Ma zone d'injection (cocher précisément la zone). Les zones d'injection sont représentées en rouge ci-dessous (arrière du bras, abdomen, fesse, cuisse) :



Ma prochaine injection est prévue le :

.....

Mois 7 .....

Mon agenda

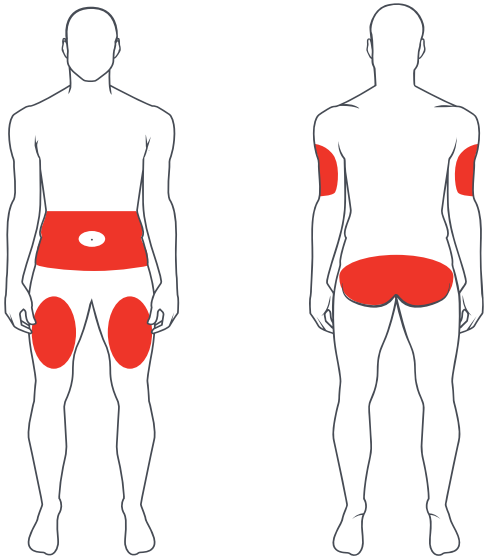
Jour	Intensité	Traitement(s) /dose	Durée	Facteurs favorisants
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Mon traitement de fond

Nom : .....

Date d'injection : .....

Ma zone d'injection (cocher précisément la zone). Les zones d'injection sont représentées en rouge ci-dessous (arrière du bras, abdomen, fesse, cuisse) :



Ma prochaine injection est prévue le :

.....

Mois 8 .....

Mon agenda

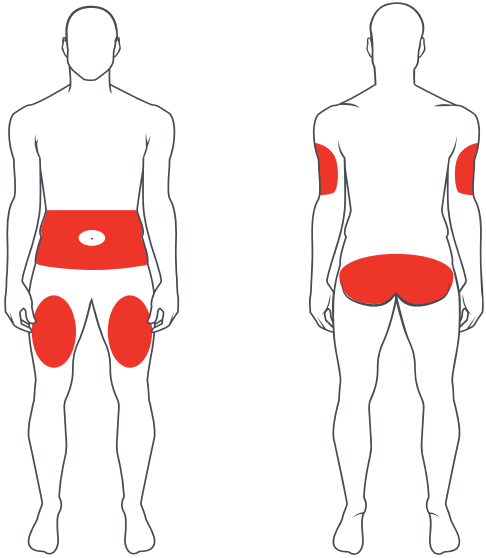
Jour	Intensité	Traitement(s) /dose	Durée	Facteurs favorisants
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Mon traitement de fond

Nom : .....

Date d'injection : .....

Ma zone d'injection (cocher précisément la zone). Les zones d'injection sont représentées en rouge ci-dessous (arrière du bras, abdomen, fesse, cuisse) :



Ma prochaine injection est prévue le :

.....

Mois 9 .....

Mon agenda

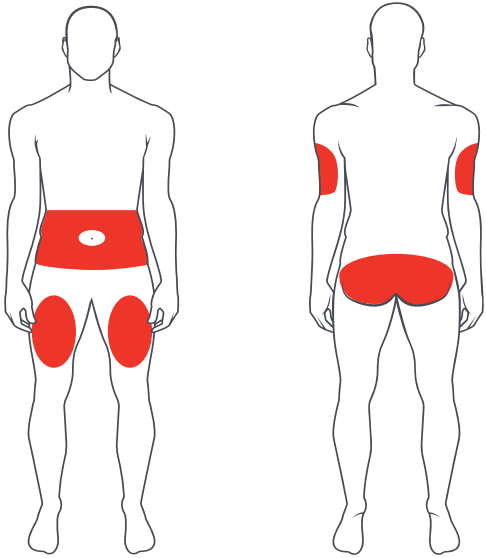
Jour	Intensité	Traitement(s) /dose	Durée	Facteurs favorisants
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Mon traitement de fond

Nom : .....

Date d'injection : .....

Ma zone d'injection (cocher précisément la zone). Les zones d'injection sont représentées en rouge ci-dessous (arrière du bras, abdomen, fesse, cuisse) :



Ma prochaine injection est prévue le :

.....

Mois 10.....

Mon agenda

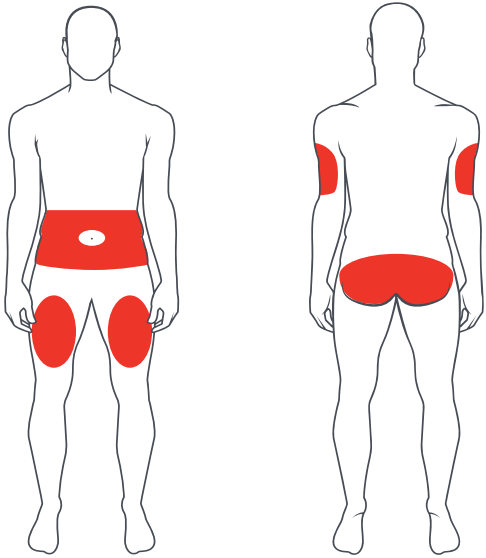
Jour	Intensité	Traitement(s) /dose	Durée	Facteurs favorisants
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Mon traitement de fond

Nom : .....

Date d'injection : .....

Ma zone d'injection (cocher précisément la zone). Les zones d'injection sont représentées en rouge ci-dessous (arrière du bras, abdomen, fesse, cuisse) :



Ma prochaine injection est prévue le :

.....

Mois 11.....

Mon agenda

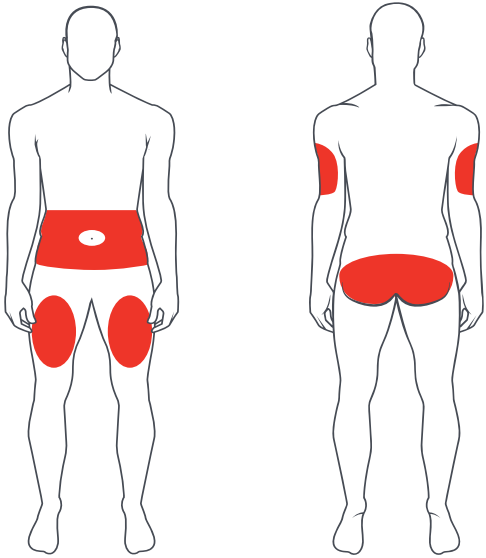
Jour	Intensité	Traitement(s) /dose	Durée	Facteurs favorisants
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Mon traitement de fond

Nom : .....

Date d'injection : .....

Ma zone d'injection (cocher précisément la zone). Les zones d'injection sont représentées en rouge ci-dessous (arrière du bras, abdomen, fesse, cuisse) :



Ma prochaine injection est prévue le :

.....

Mois 12.....

Mon agenda

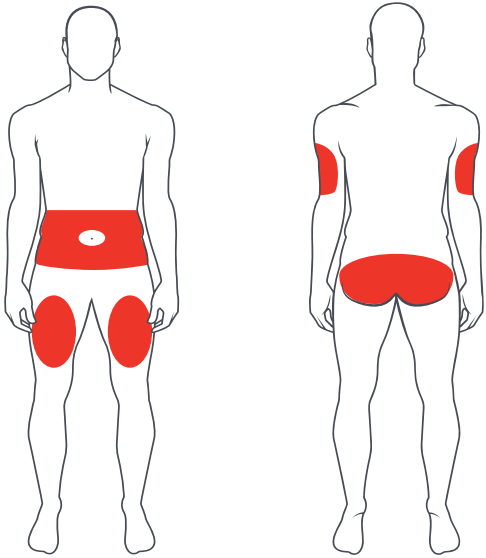
Jour	Intensité	Traitement(s) /dose	Durée	Facteurs favorisants
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Mon traitement de fond

Nom : .....

Date d'injection : .....

Ma zone d'injection (cocher précisément la zone). Les zones d'injection sont représentées en rouge ci-dessous (arrière du bras, abdomen, fesse, cuisse) :



Ma prochaine injection est prévue le :

.....

HIT-6 QUESTIONNAIRE SUR L'IMPACT DES MAUX DE TETE

Ce questionnaire a été conçu pour vous aider à décrire et à exprimer ce que vous ressentez et ce que vous ne pouvez pas faire à cause de vos maux de tête.

Pour chaque question, veuillez cocher la case correspondant à votre réponse.

1 **Lorsque vous avez des maux de tête, la douleur est-elle intense ?**

☐ N	☐ R	☐ S	☐ V	☐ A
Jamais	Rarement	De temps en temps	Très souvent	Tout le temps

2 **Votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes habituelles, y compris les tâches ménagères, le travail, les études ou les activités avec les autres, est-elle limitée à cause de vos maux de tête ?**

☐ N	☐ R	☐ S	☐ V	☐ A
Jamais	Rarement	De temps en temps	Très souvent	Tout le temps

3 **Lorsque vous avez des maux de tête, souhaiteriez-vous avoir la possibilité de vous allonger ?**

☐ N	☐ R	☐ S	☐ V	☐ A
Jamais	Rarement	De temps en temps	Très souvent	Tout le temps

4 **Au cours de ces 4 dernières semaines, vous êtes vous senti(e) trop fatigué(e) pour travailler ou effectuer vos activités quotidiennes à cause de vos maux de tête ?**

☐ N	☐ R	☐ S	☐ V	☐ A
Jamais	Rarement	De temps en temps	Très souvent	Tout le temps

5 **Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous éprouvé un sentiment de « ras-le-bol » ou d'agacement à cause de vos maux de tête ?**

☐ N	☐ R	☐ S	☐ V	☐ A
Jamais	Rarement	De temps en temps	Très souvent	Tout le temps

5 **Au cours de ces 4 dernières semaines, votre capacité à vous concentrer sur votre travail ou vos activités quotidiennes a-t-elle été limitée à cause de vos maux de tête ?**

☐ N	☐ R	☐ S	☐ V	☐ A
Jamais	Rarement	De temps en temps	Très souvent	Tout le temps

COLONNE 1 (6 points par réponse)	+	**COLONNE 2** (8 points par réponse)	+	**COLONNE 3** (10 points par réponse)	+	**COLONNE 4** (11 points par réponse)	+	**COLONNE 5** (13 points par réponse)

Pour calculer votre score total, additionnez les points obtenus pour chaque colonne.
Veuillez montrer les résultats de ce questionnaire (HIT-6) à votre médecin

Score Total ☐

Plus le score est élevé, plus l'impact des maux de tête sur votre vie est important

Les scores sont compris entre 36 et 78

NOTES

POUR EN SAVOIR PLUS,
RENDEZ-VOUS SUR NOTRE SITE :
WWW.LILLYMIGRAINE.FR

LE TRI + FACILE PAPIER

Numéro vert 0 800 00 36 36 Service & appel gratuits ou 01 55 49 32 51

Lilly France- SAS
RCS Nanterre B 609 849 153
Lilly France 24 boulevard Vital Bouhot, 92521 Neuilly-sur-Seine Cedex
Tél. : 01 55 49 34 34 - www.lilly.fr

PP-LN-FR-0301 - Septembre 2023 © Lilly Tous droits de reproduction réservés.