



Dott. Biagio Ciccone
NEUROFISIOPATOLOGO

Neurofisiopatologia (E.M.G., E.E.G, Pot. Evocati)

Neurologia



Mito nascita di Athena

Diario della Cefalea

Si riceve per appuntamento

C.so Europa, 32 - 80039 Saviano (Na)

Prenotazioni: 334 730 30 62

info@biagiociccone.it
www.biagiociccone.it
📍 DottorBiagioCiccone

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL DIARIO DELLA CEFALEA

Il diario cefalea si utilizza per registrare il numero e l'intensità degli attacchi in un mese.

E' uno strumento utile per il paziente e fondamentale per lo specialista, che in base ad esso potrà impostare meglio la terapia di profilassi e sintomatica.

Perciò è importante compilarlo e portarlo con sé ad ogni visita di controllo.

Ogni pagina corrisponde ad un singolo mese e va compilata ogni volta che si presenta il dolore al capo

Il settore **A**, posto nella parte superiore della pagina, rappresenta un mese:

- in orizzontale sono indicati i giorni del mese, in verticale, su sfondo scuro, sono indicate le ore del giorno
- mese e anno vanno precisati in alto. Le ore di cefalea (ogni ora corrisponde ad un quadratino) vanno segnate con la stessa simbologia riportata di seguito

Quindi: - se la cefalea è lieve (infastidisce, ma non limita le normali attività) si segna con **1**

- se la cefalea è media (limita le normali attività) si segna con **2**

- se la cefalea è forte (impedisce le normali attività) si segna con **3**

Sotto si trova una striscia orizzontale di quadratini **B** su cui devono essere riportati i giorni del ciclo mestruale.

Sotto ancora si trova il settore **C** sul quale:

- in orizzontale, sulla prima riga, sono indicati i giorni del mese;
- in verticale, sulla prima colonna a sinistra si trovano dei rettangoli su cui deve essere riportato, una sola volta per ciascun farmaco, il nome del farmaco stesso nella forma assunta (c=compressa; supp=supposta; bust=bustina; spray=inalazione; f=fiala) in corrispondenza dell'attacco di cefalea. Poi, nei rettangolini verticali corrispondenti ai giorni durante i quali si presenta l'attacco di cefalea, si deve indicare il numero di dosi assunte in occasione dell'attacco stesso. Sull'ultima colonna di destra si riportano a fine mese, la somma totale (TOT) delle dosi di ciascun farmaco usato.

Segue in **D** la dicitura "Eventuali effetti indesiderati della cura": in corrispondenza vanno descritti eventuali effetti indesiderati.

In fondo alla pagina, in corrispondenza di **E** si riportano a fine mese i giorni totali di cefalea.

ESEMPIO

[ANNO 2020] [MESE GENNAIO]

GIORNI

A

		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			
ORE	0																																	0	
	1																																		1
	1 Lieve	2																																	2
	2 Media	3																																	3
	3 Forte	4																																	4
		5																																	5
		6																																	6
		7																																	7
		8																																	8
		9																																	9
		10																																	10
		11																																	11
		12																																	12
		13																																	13
		14																																	14
		15					1																												15
		16					2																												16
		17					3																												17
		18					1																												18
		19																																	19
		20																																	20
		21																																	21
		22																																	22
		23																																	23

B

PER LA DONNA

1	2	3	X	X	X	X	X	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

indicare i giorni del ciclo mestruale

C

FARMACO	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	TOT	
FABEN C					1																												
ANTIDOL supp					1																												

D

Effetti indesiderati del trattamento _____

E

Totale giorni cefalea mese _____

{ ANNO _____ } { MESE _____ }

GIORNI

A

		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				
O R E	Intensità	0																																	0	
	cefalea	1																																	1	
	1 Lieve	2																																	2	
	2 Media	3																																	3	
	3 Forte	4																																	4	
		5																																	5	
		6																																	6	
		7																																		7
		8																																		8
		9																																		9
		10																																		10
		11																																		11
		12																																		12
		13																																		13
		14																																		14
		15																																		15
		16																																		16
		17																																		17
		18																																		18
		19																																		19
		20																																		20
		21																																		21
		22																																		22
		23																																		23

B

PER LA DONNA	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
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

indicare i giorni del ciclo mestruale

C

FARMACO	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	TOT			

D

Effetti indesiderati del trattamento _____

E

Totale giorni cefalea mese _____

{ ANNO _____ } { MESE _____ }

G I O R N I

	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				
Intensità cefalea	0																																	0	
1 Lieve	1																																	1	
2 Media	2																																		2
3 Forte	3																																		3
	4																																	4	
	5																																	5	
	6																																	6	
	7																																	7	
	8																																	8	
	9																																	9	
	10																																	10	
	11																																	11	
	12																																	12	
	13																																	13	
	14																																	14	
	15																																	15	
	16																																	16	
	17																																	17	
	18																																	18	
	19																																	19	
	20																																	20	
	21																																	21	
	22																																	22	
	23																																	23	

A

O R E

B **PER LA DONNA** 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
 indicare i giorni del ciclo mestruale

C FARMACO	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	TOT		

D Effetti indesiderati del trattamento _____

E Totale giorni cefalea mese _____

{ ANNO _____ } { MESE _____ }

G I O R N I

A

	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				
Intensità cefalea	0																																		0
1 Lieve	1																																		1
2 Media	2																																		2
3 Forte	3																																		3
	4																																	4	
	5																																	5	
	6																																	6	
	7																																	7	
	8																																	8	
	9																																	9	
	10																																	10	
	11																																	11	
	12																																	12	
	13																																	13	
	14																																	14	
	15																																	15	
	16																																	16	
	17																																	17	
	18																																	18	
	19																																	19	
	20																																	20	
	21																																	21	
	22																																	22	
	23																																	23	

B

PER LA DONNA	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
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

indicare i giorni del ciclo mestruale

C

FARMACO	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	TOT		

D

Effetti indesiderati del trattamento _____

E

Totale giorni cefalea mese _____

{ ANNO _____ } { MESE _____ }

G I O R N I

A

	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					
Intensità cefalea	0																																			0
1 Lieve	1																																			1
2 Media	2																																			2
3 Forte	3																																			3
	4																																		4	
	5																																		5	
	6																																		6	
	7																																		7	
	8																																		8	
	9																																		9	
	10																																		10	
	11																																		11	
	12																																		12	
	13																																		13	
	14																																		14	
	15																																		15	
	16																																		16	
	17																																		17	
	18																																		18	
	19																																		19	
	20																																		20	
	21																																		21	
	22																																		22	
	23																																		23	

B

PER LA DONNA	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
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

indicare i giorni del ciclo mestruale

C

FARMACO	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	TOT			

D

Effetti indesiderati del trattamento _____

E

Totale giorni cefalea mese _____

{ ANNO _____ } { MESE _____ }

GIORNI

		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					
A	ORE	0																																		0	
	Intensità cefalea	1																																		1	
	1 Lieve	2																																		2	
	2 Media	3																																		3	
	3 Forte	4																																		4	
		5																																		5	
		6																																		6	
		7																																			7
		8																																			8
		9																																			9
		10																																			10
		11																																			11
		12																																			12
		13																																			13
		14																																			14
		15																																			15
		16																																			16
		17																																			17
		18																																			18
		19																																			19
		20																																			20
		21																																			21
		22																																			22
		23																																			23
		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					

B PER LA DONNA 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
 indicare i giorni del ciclo mestruale

C

FARMACO	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	TOT				

D Effetti indesiderati del trattamento _____

E Totale giorni cefalea mese _____

{ ANNO _____ } { MESE _____ }

G I O R N I

A

		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			
O R E	Intensità cefalea	0																																	0
	1																																		1
	1 Lieve	2																																	2
	2 Media	3																																	3
	3 Forte	4																																	4
		5																																	5
		6																																	6
		7																																	7
		8																																	8
		9																																	9
		10																																	10
		11																																	11
		12																																	12
		13																																	13
		14																																	14
		15																																	15
		16																																	16
		17																																	17
		18																																	18
		19																																	19
		20																																	20
		21																																	21
		22																																	22
		23																																	23

B

PER LA DONNA	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
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

indicare i giorni del ciclo mestruale

C

FARMACO	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	TOT		

D

Effetti indesiderati del trattamento _____

E

Totale giorni cefalea mese _____

{ ANNO _____ } { MESE _____ }

GIORNI

A

	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					
Intensità cefalea	0																																		0	
1 Lieve	1																																		1	
2 Media	2																																			2
3 Forte	3																																			3
	4																																		4	
	5																																		5	
	6																																		6	
	7																																		7	
	8																																		8	
	9																																		9	
	10																																		10	
	11																																		11	
	12																																		12	
	13																																		13	
	14																																		14	
	15																																		15	
	16																																		16	
	17																																		17	
	18																																		18	
	19																																		19	
	20																																		20	
	21																																		21	
	22																																		22	
	23																																		23	

B

PER LA DONNA	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
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

indicare i giorni del ciclo mestruale

C

FARMACO	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	TOT		

D

Effetti indesiderati del trattamento _____

E

Totale giorni cefalea mese _____

{ ANNO _____ } { MESE _____ }

G I O R N I

A

	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				
Intensità cefalea	0																																		0
1 Lieve	1																																		1
2 Media	2																																		2
3 Forte	3																																		3
	4																																	4	
	5																																	5	
	6																																	6	
	7																																	7	
	8																																	8	
	9																																	9	
	10																																	10	
	11																																	11	
	12																																	12	
	13																																	13	
	14																																	14	
	15																																	15	
	16																																	16	
	17																																	17	
	18																																	18	
	19																																	19	
	20																																	20	
	21																																	21	
	22																																	22	
	23																																	23	

B

PER LA DONNA	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
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

indicare i giorni del ciclo mestruale

C

FARMACO	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	TOT		

D

Effetti indesiderati del trattamento _____

E

Totale giorni cefalea mese _____

{ ANNO _____ } { MESE _____ }

G I O R N I

A

	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					
Intensità cefalea	0																																		0	
1 Lieve	1																																		1	
2 Media	2																																			2
3 Forte	3																																			3
	4																																		4	
	5																																		5	
	6																																		6	
	7																																		7	
	8																																		8	
	9																																		9	
	10																																		10	
	11																																		11	
	12																																		12	
	13																																		13	
	14																																		14	
	15																																		15	
	16																																		16	
	17																																		17	
	18																																		18	
	19																																		19	
	20																																		20	
	21																																		21	
	22																																		22	
	23																																		23	

B

PER LA DONNA 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

indicare i giorni del ciclo mestruale

C

FARMACO	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	TOT			

D

Effetti indesiderati del trattamento _____

E

Totale giorni cefalea mese _____

{ ANNO _____ } { MESE _____ }

G I O R N I

A

	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			
Intensità cefalea	0																																	0
1 Lieve	1																																	1
2 Media	2																																	2
3 Forte	3																																	3
	4																																4	
	5																																5	
	6																																6	
	7																																7	
	8																																8	
	9																																9	
	10																																10	
	11																																11	
	12																																12	
	13																																13	
	14																																14	
	15																																15	
	16																																16	
	17																																17	
	18																																18	
	19																																19	
	20																																20	
	21																																21	
	22																																22	
	23																																23	

B

PER LA DONNA	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
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

indicare i giorni del ciclo mestruale

C

FARMACO	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	TOT	

D

Effetti indesiderati del trattamento _____

E

Totale giorni cefalea mese _____

{ ANNO _____ } { MESE _____ }

G I O R N I

A

	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			
Intensità cefalea	0																																	0
1 Lieve	1																																	1
2 Media	2																																	2
3 Forte	3																																	3
	4																																4	
	5																																5	
	6																																6	
	7																																7	
	8																																8	
	9																																9	
	10																																10	
	11																																11	
	12																																12	
	13																																13	
	14																																14	
	15																																15	
	16																																16	
	17																																17	
	18																																18	
	19																																19	
	20																																20	
	21																																21	
	22																																22	
	23																																23	

B

PER LA DONNA	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
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

indicare i giorni del ciclo mestruale

C

FARMACO	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	TOT	

D

Effetti indesiderati del trattamento _____

E

Totale giorni cefalea mese _____

{ ANNO _____ } { MESE _____ }

G I O R N I

A

	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				
Intensità cefalea	0																																		0
1 Lieve	1																																		1
2 Media	2																																		2
3 Forte	3																																		3
	4																																		4
	5																																		5
	6																																		6
	7																																		7
	8																																		8
	9																																		9
	10																																		10
	11																																		11
	12																																		12
	13																																		13
	14																																		14
	15																																		15
	16																																		16
	17																																		17
	18																																		18
	19																																		19
	20																																		20
	21																																		21
	22																																		22
	23																																		23

B

PER LA DONNA	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
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

indicare i giorni del ciclo mestruale

C

FARMACO	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	TOT		

D

Effetti indesiderati del trattamento _____

E

Totale giorni cefalea mese _____

Chi è il Neurofisiopatologo?



E' un medico specialista in NEUROFISIOPATOLOGIA, disciplina di specializzazione post-laurea in medicina e chirurgia, riconosciuta equipollente alla neurologia dal 2006 con D.M. n. 206 del 5/09/2006. Quindi il neurofisiopatologo ha una formazione universitaria come il neurologo in quanto si occupa della diagnosi e della cura di malattie del sistema nervoso centrale (Ictus cerebrale, Epilessia, Morbo di Parkinson, Sclerosi Multipla, Cefalee, Demenze, ecc.) e del sistema nervoso periferico (paralisi facciale, nevralgia del trigemino, polineuropatie, ecc.), inoltre ha ricevuto una formazione sull'utilizzo e la interpretazione di alcuni esami diagnostico strumentali specifici come l'elettroencefalogramma, l'elettroneuromiografia ed i potenziali evocati. Studia cioè il cervello, i nervi ed i muscoli attraverso i suoi segnali. Infatti, il nostro sistema nervoso centrale e periferico emette direttamente o, se stimolato, indirettamente dei segnali elettrofisiologici, che registrati da opportune apparecchiature possono fornire indicazioni utili su patologie specifiche o aggiungere informazioni importanti per altri specialisti nella cura di diverse patologie.

Il neurofisiopatologo è come un elettricista del corpo umano!

Breve Biografia del Dott. Biagio Ciccone



Nasco nel febbraio del 1966 mentre Adriano Celentano cantava il ragazzo della via Gluck e veniva escluso dalla finale del festival di Sanremo, entrando poi di diritto nella leggenda della musica leggera italiana. Studiavo e lavoravo. Oggi lavoro e studio. Pochi viaggi prima della laurea in Medicina e Chirurgia nel 1993, ma tanti spostamenti per studio e formazione sulla direttrice Napoli – Pavia dal 1995 al 1999, anno della mia specializzazione in Neurofisiopatologia presso l'Istituto Neurologico "Casimiro Mondino" IRCCS. Anche oggi mi sposto spesso per lavoro e studio. Sono dinamico e motivato, non mi piace la monotonia, amo la ricerca e la conoscenza, la buona compagnia e la serenità.

Offerta

Presso il mio studio medico privato mi occupo di: diagnosi e cura delle cefalee, di demenze, di disturbi del sonno, malattia di Parkinson, Epilessie, in genere di malattie del sistema nervoso centrale e periferico.

Inoltre, eseguo esami neurofisiologici quali l'elettroencefalogramma e l'elettroneuromiografia.

NON MI OCCUPO DI MALATTIE PSICHIATRICHE

Grazie alla collaborazione di colleghe psicologhe da tempo offriamo la possibilità di valutazioni psicodiagnostiche e neuropsicologiche, sostegno psicologico individuale e di coppia, trattamento con biofeedback dei disturbi dell'umore e di alcune cefalee.