

QUESTIONARIO BASE PER LE CEFALEE

Scopo del questionario è aiutarLa a descrivere in modo semplice sintomi e fenomeni connessi al dolore e gli attacchi della cefalea. Per ogni domanda la preghiamo di fare una crocetta sulla casella che corrisponde alla sua risposta.

1 - A CHE ETA' SONO INSORTI I DOLORI?:

Anni:

2 - ALTRI FAMILIARI HANNO (O HANNO AVUTO) CEFALEE?:

SI NO

3 - QUANTO E' INTENSO IL DOLORE?:

Lieve Moderata Forte Molto forte Insopportabile

4 - CHE CARATTERISTICA HA IL DOLORE?:

Pulsante Gravativo Costrittivo Trafittivo Altro:

5 - QUALE E' LA SEDE DEL DOLORE?:

Monolaterale: *Dx* *Sin* Diffuso

6 - QUANTO DURA MEDIAMENTE UN ATTACCO (in minuti)?:

Senza farmaci: (min) Con farmaci: (min)

7 - CON LO SFORZO FISICO, COME CAMBIA IL DOLORE?:

Aumenta Indifferente

8 - QUALI SEGNI ACCOMPAGNANO IL DOLORE?:

Nausea Vomito Fastidio luce Fastidio suoni
 Fastidio odori Lacrimazione Rinorrea Deficit respiro
 Deficit motori Deficit sensitivi Disturbo linguaggio Altro:

9 - QUALI SINTOMI E QUANTO DURA L'AURA (sintomi che precedono l'attacco) ?:

- Durata Deficit CV Lampi di luce Visione macchie
 Deficit motori Deficit sensitivi Disturbi linguaggio Altro:

10 - DURANTE L'ATTACCO, QUANTO SI RIDUCE LA SUA ATTIVITA':

- Invariata Ridotta meno del 50% Ridotta più del 50% Interrotta

11 - PUO' DIRE LA FREQUENZA E IL NUMERO DEGLI ATTACCHI?:

- Quotidiano: Settimanale; Mensile: Annuale: