

## Questionario Emicrania n° 1

DATA .....

COGNOME: ..... NOME: .....

VIA: ..... CAP / LUOGO: .....

TEL.: ..... E-MAIL: .....

DATA DI NASCITÀ: ..... SESSO:  M  F

PROFESSIONE: .....

CODICE CASSA MALATI : .....

1. A quale età ha avuto il 1° attacco d'emicrania? .....

2. Le risulta la relativa causa o il relativo fattore scatenante? .....

3. Ci sono altri Suoi familiari che soffrono d'emicrania?

no  si Chi?.....


4. Quanti giorni al mese soffre di mal di testa "comune"? .....

5. Quanti giorni al mese soffre di emicrania? .....

6. Durata degli attacchi emicranici in media?

meno di 2 ore  3-4 ore  5-12 ore  
 12-24 ore  qualche giorno  1 settimana o di più

7. Com'è il dolore dei Suoi attacchi emicranici (metta una crocetta su un numero)?

leggero 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 forte  


8. In quali regioni della testa avverte maggiormente il dolore?

	sinistra:	destra:
<input type="checkbox"/> dietro l'occhio		
<input type="checkbox"/> sopra il sopracciglio		
<input type="checkbox"/> alla tempia		
<input type="checkbox"/> alla nuca		
<input type="checkbox"/> Distribuzione per lato in %		

9. Durante un attacco d'emicrania avverte un senso di pressione e/o di dolore nel naso?

sempre  talvolta  mai

10. Ha o aveva problemi di sinusite nasale/mascellare?

sì  no

11. Il tempo influisce sulla Sua emicrania?

sempre  ogni tanto  mai

12. Durante la notte si sveglia a causa degli attacchi emicranici?

mai  a volte  spesso

13. Prima o durante un attacco emicranico compaiono i seguenti sintomi?

	prima	durante		prima	durante
vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vomito con diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ipersensibilità alla luce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diarrea (senza vomito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ipersensibilità al rumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
occhi lacrimanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	debolezza muscolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vertigini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sudorazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palpebre gonfie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	difficoltà di parlare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
difficoltà di concentrazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	svenimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
intorpidimento della pelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	naso che gocciola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
disturbi della vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ipoglicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(lampi, scintille, colori alterati, diminuzione dell'acutezza della vista, ecc.)</i>			altri sintomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Soffre di maggior sensibilità al dolore prima o durante l'emicrania (allodinia)?  
(Può indicare una o anche più risposte!)

- Avverto dolore ai capelli.
- Devo sciogliere i miei capelli (eliminare fermagli, elastici ecc.).
- Non uso più bigodini.
- Per sentire un sollievo durante il mal di testa faccio galleggiare i miei capelli nella vasca da bagno.
- Ero costretto/a a tagliarmi i capelli lunghi per ridurre il peso sulla cute.
- La pioggia e la doccia sulla mia testa mi causano dolore.
- Non riesco a portare nessun tipo di copricapo.
- Non sopporto l'ombretto sulle palpebre.
- Non riesco a portare le cuffie.
- Durante l'emicrania mi dà fastidio coprimi con una coperta.
- Mi fanno male le dita, quando tocco qualcosa.
- Negli ultimi anni la sensibilità al dolore è aumentata.

15. Cosa Le porta sollievo durante l'emicrania?

<input type="checkbox"/> riposo	<input type="checkbox"/> oscurità	<input type="checkbox"/> musica
<input type="checkbox"/> vomito	<input type="checkbox"/> guardare la TV	<input type="checkbox"/> massaggi
<input type="checkbox"/> sport	<input type="checkbox"/> acqua calda	<input type="checkbox"/> leggere
<input type="checkbox"/> sonno	<input type="checkbox"/> acqua fredda	<input type="checkbox"/> antidolorifici

16. Cosa scaturisce o peggiora la Sua emicrania?

<input type="checkbox"/> rumore	<input type="checkbox"/> sbalzi meteorologici	<input type="checkbox"/> luce
<input type="checkbox"/> sforzo fisico	<input type="checkbox"/> alcuni aromi e profumi	<input type="checkbox"/> stress / rabbia
<input type="checkbox"/> pasti irregolari	<input type="checkbox"/> stanchezza	<input type="checkbox"/> tosse
<input type="checkbox"/> alcuni cibi	<input type="checkbox"/> troppo o troppo poco sonno	



25. Questi farmaci Le portano sollievo?
- no       un po'       talvolta       quasi sempre       sempre
26. A quante visite mediche per l'emicrania si è sottoposto/a nell'anno scorso?
- nessuna       1-4       5-10       più di 10
27. Quanti medici diversi ha contattato per l'emicrania nell'anno scorso?
- nessuno       1-3       4-7       8-10
28. Fa qualcosa per prevenire l'emicrania (profilassi)?
- musica per rilassarsi       sport       anestesia locale  
 rilassamento muscolare       neuralterapia       farmaci
29. Quanti giorni era malato/a in modo da non poter lavorare durante l'anno scorso?
- < 3 giorni       4-7 giorni       8-14 giorni       15-21 giorni       più di 3 settimane
30. Nell'anno scorso ha dovuto rivolgersi al Pronto Soccorso o ad un medico di turno a causa dell'emicrania?
- no       sì       quante volte? .....
31. A quali dei seguenti metodi di trattamento si è sottoposto/a nel passato?
- omeopatia       cuscino per l'emicrania       agopuntura  
 psicoterapia       ipnosi       chiroprassi  
 tecniche di rilassamento       erbe medicinali       altro
- Se uno o più di questi trattamenti Le sono stati d'aiuto, indichi per favore la durata del Suo miglioramento (in mesi)!*
32. In passato ha avuto trattamenti con Botulino per motivi estetici?
- no       sì       quante volte?
- tra le sopracciglia (rughe glabellari)       angolo laterale dell'occhio (zampe di gallina)
33. Qui può descrivere ulteriori dettagli:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
34. Come ha sentito parlare di noi?
- Giornale       Internet       TV       altro paziente
- Altro: .....