

Questionario cefalea per adolescenti

Ciao,

prima della visita ti chiediamo gentilmente di rispondere a queste domande che ci servono per capire il tuo mal di testa e per aiutarti a curarlo.

Alcune domande ti potranno sembrare poco importanti e non collegate al tuo mal di testa, ma, trattandosi di un problema complesso, anche piccoli dettagli apparentemente senza importanza, sono utili per capire il tuo mal di testa e consigliarti cosa fare.

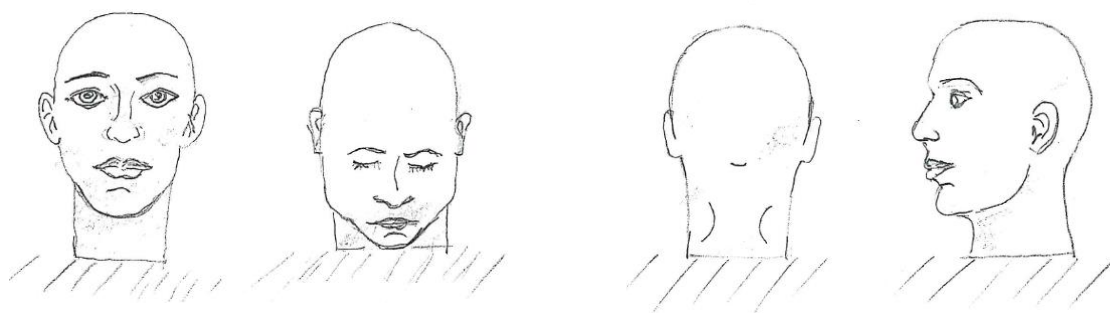
Tutte le informazioni raccolte con questo questionario e durante le nostre visite rimarranno strettamente confidenziali.

Tutto chiaro?

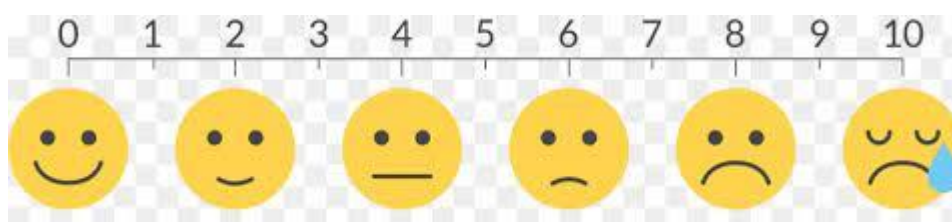
Se hai dei dubbi non esitare a chiedere chiarimenti al momento della visita.

1) La testa ti fa male in un punto particolare?

- ☐ NO
- ☐ SÌ
- ☐ Se hai risposto **SÌ** segna nella figura dove



2) Quanto forte è il tuo mal di testa?



3) Per il mal di testa devi interrompere le tue attività, anche quelle preferite?

- ☐ NO
- ☐ SÌ

Se hai risposto **SÌ** scrivi quali

.....

.....

.....

4) Il tuo mal di testa?

- ☐ pulsa come un cuore
- ☐ stringe come un casco /cerchio
- ☐ punge come un ago
- ☐ è improvviso

5) Puoi fare un disegno del tuo mal di testa?

- ☐ NO
- ☐ SÌ

6) Quanto dura il tuo mal di testa?

- ☐ Minuti Quanti?.....
- ☐ Ore Quante?.....
- ☐ Giorni Quanti?.....
- ☐ Tutto il giorno

7) Quanto spesso hai mal di testa?

- | | |
|---|---|
| ☐ una volta al mese | ☐ più volte al mese |
| ☐ una volta alla settimana | ☐ più volte alla settimana |
| ☐ una volta al giorno | ☐ più volte al giorno |
| ☐ in continuazione | |

8) Quando hai mal di testa?

- ☐ nel pomeriggio
- ☐ alla sera
- ☐ al mattino al risveglio
- ☐ prima di andare a scuola
- ☐ a scuola
- ☐ dopo la scuola
- ☐ anche quando non vado a scuola
- ☐ di notte
- ☐ in continuazione
- ☐ altro.....

.....

.....

9) Quando hai mal di testa, hai anche altri disturbi?

- ☐ NO
- ☐ SÌ

Se hai risposto **SÌ** quali?

- ☐ mi danno fastidio i rumori forti
- ☐ mi danno fastidio le luci
- ☐ mi danno fastidio certi odori
- ☐ il mal di testa peggiora se mi muovo o faccio attività sportiva
- ☐ ho la sensazione di dover vomitare
- ☐ vomito
- ☐ faccio fatica a concentrarmi
- ☐ ho dolori addominali
- ☐ mi gira la testa
- ☐ vedo male
- ☐ sento un formicolio ad una mano
- ☐ ho il naso chiuso
- ☐ mi lacrima un occhio
- ☐ altro?

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

10) Prima del mal di testa hai qualche disturbo?

- ☐ NO
- ☐ SÌ

Se hai risposto **SÌ**, che disturbi hai prima che inizi il mal di testa?

- ☐ mi sento stanco
- ☐ ho molta fame
- ☐ sono di cattivo umore
- ☐ non riesco a concentrarmi
- ☐ vedo lampi di luce, immagini scintillanti, stelline, linee a zig-zag
- ☐ sento un formicolio alle mani
- ☐ altro

.....
.....

11) Cosa peggiora il tuo mal di testa?

- ☐ sforzo fisico, per esempio salire le scale, correre, fare sport
- ☐ rumori
- ☐ stare seduto a lungo in una stanza con le finestre chiuse
- ☐ se gioco a lungo con videogame
- ☐ se sto a lungo al sole
- ☐ se bevo poco
- ☐ se ho stress per i compiti in classe
- ☐ se mi arrabbio o litigo con qualcuno
- ☐ se mi annoio
- ☐ se dormo poco
- ☐ quando cambia il tempo
- ☐ con i colpi di tosse
- ☐ altro

.....
.....

12) Con cosa migliora il tuo mal di testa?

- ☐ con il riposo
- ☐ con il sonno
- ☐ se esco all'aria aperta
- ☐ se faccio sport
- ☐ se esco con gli amici
- ☐ se guardo la televisione
- ☐ se gioco al computer
- ☐ altro

.....

.....

13) Cosa fai quando hai mal di testa?

.....

.....

.....

14) Contro il mal di testa prendi farmaci?

- ☐ NO
- ☐ SÌ

Se **SÌ**, che tipo di farmaci?

.....

.....

.....

15) Nel periodo in cui è iniziato il tuo mal di testa, è successo qualcosa di particolare nella tua vita?

- ☐ NO
- ☐ SÌ

Se **SÌ**, cosa è successo in particolare?

- ☐ eri ammalato
- ☐ sei caduto?
- ☐ avete cambiato città o casa?
- ☐ hai cambiato scuola
- ☐ il tuo migliore amico si è trasferito
- ☐ a scuola i tuoi compagni hanno iniziato a prendermi in giro
- ☐ i tuoi genitori si sono separati
- ☐ altro

.....

.....

.....

16) Negli ultimi 3 mesi il tuo mal di testa ti ha impedito di fare cose che avresti voluto fare, come ad es. stare con gli amici, giocare, divertirti, fare sport?

- ☐ NO
☐ SÌ

Se **SÌ**, che cosa in particolare?

.....
.....

17) Negli ultimi 3 mesi il tuo mal di testa ti ha impedito di andare a scuola?

- ☐ NO
☐ SÌ, infatti NON sono andato a scuola per giorni

18) Ci sono altre cose che vorresti dirci su di te o sui tuoi mal di testa, o che ti sembrano importanti?

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

GRAZIE

NOME COGNOME

DATA DI NASCITA:

Per ulteriori domande o chiarimenti scrivete o telefonate a:

Servizio di Neurologia e
Riabilitazione dell'età evolutiva:

e-mail: infnp.i.bz@sabes.it

Tel: 0471-438868 | lun./ven. 8.30-13.00 / 14.00-16.00