

Hai mai effettuato visite o esami per il tuo mal di testa?

| Esame | Data |
|------------------------|------|
| Risonanza encefalo | |
| TAC encefalo | |
| RX cervicale | |
| Monitoraggio pressorio | |
| ECOdoppler | |
| ECOcardiogramma | |
| Altro | |

**NB: PORTARE REFERTI E IMMAGINI
AL MOMENTO DELLA VISITA**



Questionario MIDAS

Rispondi alle domande dalla n° 1 alla n° 5 relativamente a TUTTI i mal di testa di cui hai sofferto negli ultimi 3 mesi. Scrivi la tua risposta nella casella a fianco di ogni domanda. Scrivi zero se non hai svolto nel corso degli ultimi 3 mesi le attività indicate nella domanda.

| | |
|---|--|
| 1. Quanti giorni di assenza dal lavoro o da scuola ha fatto negli ultimi tre mesi a causa del mal di testa? | |
| 2. Per quanti giorni, nel corso degli ultimi tre mesi, il suo rendimento sul lavoro o a scuola si è ridotto della metà o più a causa del mal di testa? (Non conteggi i giorni di assenza che ha già indicato nella risposta alla prima domanda) | |
| 3. Per quanti giorni, nel corso degli ultimi tre mesi, non ha svolto i lavori di casa a causa del mal di testa? | |
| 4. Per quanti giorni, negli ultimi tre mesi, il suo rendimento nei lavori di casa si è ridotto della metà o più a causa del mal di testa? (Non conteggi i giorni di assenza che ha già indicato nella risposta alla prima domanda) | |
| 5. Per quanti giorni, nel corso degli ultimi tre mesi, non ha partecipato ad attività familiari, sociali o di svago a causa del mal di testa? | |
| TOTALI (somma delle colonne) | |



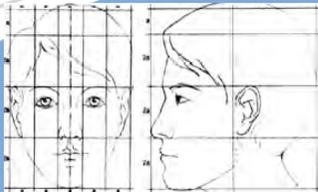
Medicina delle Cefalee

Ambulatori specialistici

Informazioni per il paziente prima della visita



Caratteristiche del mal di testa

| |
|--|
| A che età ha avuto il suo primo mal di testa, di qualsiasi tipo? |
| A che età il mal di testa è diventato problematico? |
| Attualmente, quanti giorni al mese ha il mal di testa? |
| In media quanto dura un attacco di mal di testa? |
| In che sede ha il dolore (cerchiare la zona) |
|  |
| Il dolore è da un lato solo o entrambi? |

Che tipo di dolore è?

- pulsante-intermittente (come il battito del cuore)
 compressivo-costrittivo (come un peso/morsa)
 fitte
 altro _____

Si associano sintomi al mal di testa?

- Nausea
 Vomito
 Sensibilità/fastidio a luce
 Sensibilità/fastidio a rumori
 Sensibilità/fastidio a odori

Quali farmaci assume quotidianamente

scriva **TUTTI** i farmaci che assume per qualsiasi patologia

| Farmaco | Dose | Quante volte al giorno? | Quando lo ha iniziato? |
|---------|------|-------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

MEDICINA DELLE CEFALEE

Responsabile
Prof. Fabio Antonaci

Segreteria:
 Tel. 349 4949255 (ore 18-20)
 E-mail medicinadellecefalee@gmail.com
Sito web:
www.medicinadellecefalee.it
 Viale Brambilla 70D



In passato ha mai assunto farmaci preventivi per il mal di testa?

(prescritti da assumere tutti i giorni)

| Farmaco | Dose | Per quanto lo ha assunto? | Riduzione frequenza cefalea (si/no) | Effetti collaterali (si/no) |
|---------|------|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Scriva tutti i farmaci (analgesici e non) che ha provato per alleviare i sintomi

| Farmaco | Dose | Efficace | Effetti collaterali (si/no) |
|---------|------|----------|-----------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Se lo spazio per i farmaci non bastasse, produrre una copia di questo foglio e completare l'elenco