

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)	



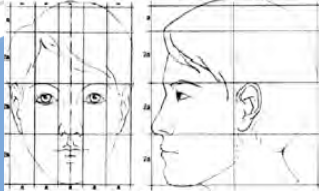
Medicina delle Cefalee

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