

Cognome: _____ Nome: _____ data nascita: _____

A che età ha iniziato a soffrire di mal di testa: _____

In che zona della testa ha dolore?:

1) davanti	destra /_/	sinistra /_/	bilaterale /_/
2) lateralmente	destra /_/	sinistra /_/	bilaterale /_/
3) posteriormente	destra /_/	sinistra /_/	bilaterale /_/

Che caratteristiche ha il dolore?

Pulsa /_/
E' costante /_/
Sono fitte /_/
Schiaccia /_/

Qual è la frequenza del mal di testa?:

1) meno di 1 giorno al mese /_/
2) almeno 1 giorno al mese /_/
3) almeno 1 giorno alla settimana /_/
4) più di 15 giorni al mese /_/
5) tutti i giorni /_/

Quanto dura in media il mal di testa se non assume farmaci per il dolore ? (più di 4 ore?):

Quante volte (anche in percentuale) deve assumere un farmaco per il dolore ? _____

Durante il dolore ha anche:

1) fastidio per la luce /_/
2) fastidio per i rumori /_/
3) nausea /_/
4) vomito /_/

Prima, durante o indipendentemente dal mal di testa ha mai episodi di disturbo della vista (luci, macchie nere, lampi, deformità delle figure, etc) ? Si /_/ No /_/

Se si, qual è la durata media in minuti? : _____

Descriva il disturbo: _____

Ha altre malattie? Si /_/ No /_/ Se si, quali?:

Prende medicine? Si /_/ No /_/ Se si, quali o per cosa:

Dorme bene, il sonno è riposante ? _____

Digerisce bene ? _____ Soffre di stitichezza o diarrea ? _____

Se donna, le mestruazioni sono regolari? _____

Ha avuto gravidanze ? Se si, sono andate bene ? Ha avuto aborti spontanei ?

Ha avuto mal di testa durante la gravidanza ?

Quando pesa ? _____ Quanto è alto? _____

In famiglia (genitori, nonni, fratelli-sorelle, figli) qualcuno ha mal di testa? _____

In famiglia che malattie avete ?

(in particolare c'è qualcuno che soffre di: diabete, malattie della tiroide, ipertensione, infarti al cuore, ictus al cervello, trombosi alle vene)

Avete fatto degli esami (del sangue, radiologici, ecografici, eccetera)?

Se si elencarli e specificare se alterati.