

Questionnaire migraine

Nom / Prénom :

Date de naissance :

ANTECEDENTS PERSONNELS :

- Tabagisme Oui Non *Si oui, quantité par jour*
- Poids actuel : í í í í í Taille : í í í í í
- Excès de cholestérol et/ou triglycérides dans le sang Oui Non
Si oui, y a-t-il un suivi de régime alimentaire Oui Non
Si oui, y a-t-il un traitement :
- Hypertension artérielle Oui Non *Si oui, depuis combien d'années :*
- Diabète Oui Non *Si oui, depuis combien d'années :*
- Activité sportive :

Consommation :

- Café, thé ou coca-cola Oui Non quantité :
- Alcool Oui Non quantité :
- Si oui, pensez vous que l'alcool a des conséquences négatives dans votre vie?* Oui Non
- Somnifères et/ou anxiolytiques Oui Non
- Autres substances Oui Non précisez :

Antécédents médicaux :

- Mal des transports Oui Non
- Douleurs abdominales et vomissements, crises de foie, crises d'acétone dans l'enfance Oui Non
- Vertige paroxystique bénin dans l'enfance Oui Non
- Antécédent de traumatisme crânien/cervical Oui Non
Si oui, date et circonstances :
-
- Asthme Oui Non *si oui, à quoi :*
- Ulcères gastro-duodénaux Oui Non
- Pathologie cardiaque Oui Non
- Syndrome de Raynaud Oui Non
- Ménopause Oui Non
- Autres antécédents ?
-

Antécédents chirurgicaux :

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

TRAITEMENTS ACTUELS : (y compris pilules, traitements hormonaux substitutifs, traitements antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères, etc):

.....
.....

Description des céphalées dans les 3 derniers mois :

- Nombre total de jours de céphalées par mois : í í í í í í í í í í í í í í í í í í í ..
- S'agit-il de céphalées évoluant :
 - par crise avec des jours sans douleur
 - par crise avec un fond douloureux quasi permanent
 - de façon quasi continue sans réelle crise
- Combien de temps au maximum pouvez-vous rester sans aucune céphalée ?
moins d'1 heure 1 à 24 heures 1 à 4 jours 4 à 8 jours plus de 15 jours

Retentissement de vos céphalées, durant les 3 derniers mois :

- combien de jours, avez vous été incapable d'effectuer vos activités quotidiennes (travail, études, travaux ménagers) à cause de votre douleur ?
- à quel point votre douleur a perturbé votre capacité à participer à des activités de loisirs, sociales et familiales ?
 - aucune perturbation 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 perturbation totale
- à quel point votre douleur a perturbé votre capacité à travailler (travaux ménagers inclus) ?
 - aucune perturbation 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 perturbation totale
- Avez-vous été obligé d'arrêter votre travail ? Oui Non si oui, combien de jours :

Signes associés :

- Vous sentez-vous anxieux : pas du tout un peu modérément beaucoup
- Vous sentez-vous déprimé : pas du tout un peu modérément beaucoup
- Les céphalées perturbent-elles votre sommeil ? Oui Non
- Qualité de sommeil :
 - Temps de sommeil : í í í í í í í ..
 - Difficultés d'endormissement
 - Réveils nocturnes fréquents
 - Fatigue permanente dans la journée
 - Envie de dormir dans la journée
 - Bruxisme (grincement de dent)
 - Ronflement
 - Craquement de la mâchoire

Remplissez la ou les colonne(s) qui correspond(ent) le mieux à vos maux de tête habituels : si vous ressentez différents types de céphalées, utilisez autant de colonnes que nécessaire

	CRISES	Fond Continu	
Intensité habituelle : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
Nombre de crises par mois		//////////	
Durée des crises sans traitement		//////////	
Durée des crises après traitement		//////////	
Nombre de jours par mois			
Douleur pulsatile (comme des battements) ? à type de serrement-pression ? autre ?			
Douleur toujours du même côté, lequel : unilatérale alternante			
Signes associés	Envie de vomir, nausées	Oui/Non	Oui/Non
	Vomissements	Oui/Non	Oui/Non
	Lumière mal supportée	Oui/Non	Oui/Non
	Bruit mal supporté	Oui/Non	Oui/Non
	Vertiges	Oui/Non	Oui/Non
	Larmes/ò il rouge	Oui/Non	Oui/Non
	Ecoulement nasal du côté de la douleur	Oui/Non	Oui/Non
	Autres		
Les céphalées se déclenchent-elles la nuit dans plus des ¾ des cas ?	Oui/Non	Oui/Non	
Y a-t-il recrudescence des céphalées pendant les règles ?	Oui/Non	Oui/Non	
Aggravation par les efforts de routine (monter escaliers) ?	Oui/Non	Oui/Non	
Amélioration des céphalées 2 h après prise du traitement ?	Oui/Non	Oui/Non	
Soulagement complet 2 h après prise du traitement ?	Oui/Non	Oui/Non	

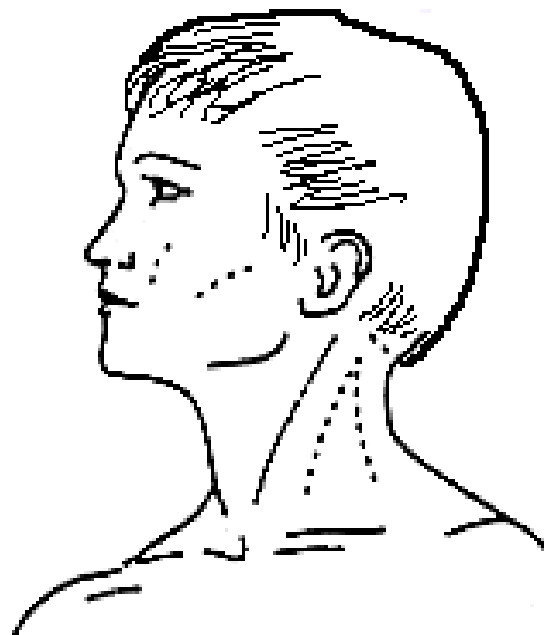
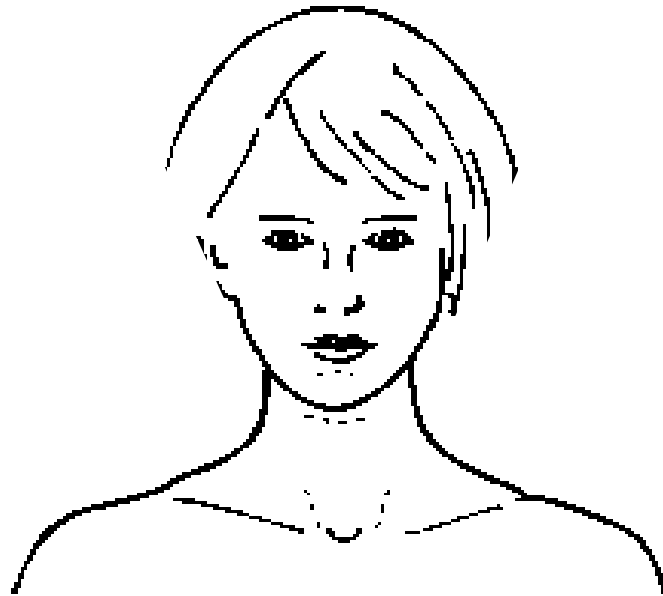
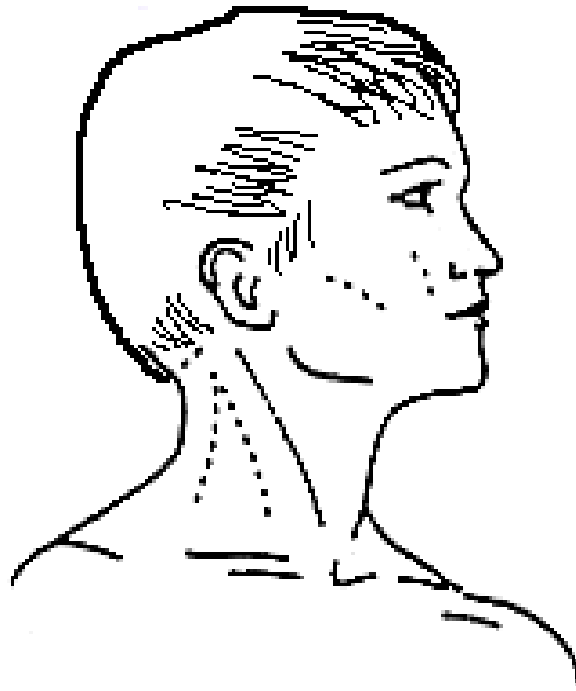
Vous trouverez ci dessous une liste de mots utilisés par certaines personnes pour décrire une douleur.

Afin de préciser la douleur que vous ressentez en général, entourer les mots les plus exacts pour décrire votre douleur (un mot maximum par paragraphe) et donner lui une note de 0 à 4 à l'aide du tableau →

0	Absente ou pas du tout
1	Faible ou un peu
2	Modéré ou moyennement
3	Fort ou beaucoup
4	Extrêmement fort ou extrêmement

A Battements	<input type="checkbox"/>	E Tiraillement	<input type="checkbox"/>	K Nauséuse	<input type="checkbox"/>
Pulsations	<input type="checkbox"/>	Etirement	<input type="checkbox"/>	Suffocante	<input type="checkbox"/>
Elancements	<input type="checkbox"/>	Distension	<input type="checkbox"/>	Syncopale	<input type="checkbox"/>
En éclair	<input type="checkbox"/>	Déchirure	<input type="checkbox"/>	L Inquiétante	<input type="checkbox"/>
Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	Torsion	<input type="checkbox"/>	Oppressante	<input type="checkbox"/>
Coups de marteau	<input type="checkbox"/>	Arrachement	<input type="checkbox"/>	Angoissante	<input type="checkbox"/>
B Rayonnante	<input type="checkbox"/>	F Chaleur	<input type="checkbox"/>	M Harcelante	<input type="checkbox"/>
Irradiante	<input type="checkbox"/>	Brûlure	<input type="checkbox"/>	Obsédante	<input type="checkbox"/>
C Piqûre	<input type="checkbox"/>	G Froid	<input type="checkbox"/>	Cruelle	<input type="checkbox"/>
Coupure	<input type="checkbox"/>	Glace	<input type="checkbox"/>	Torturante	<input type="checkbox"/>
Pénétrante	<input type="checkbox"/>	H Picotements	<input type="checkbox"/>	Suppliciante	<input type="checkbox"/>
Transperçante	<input type="checkbox"/>	Fourmillements	<input type="checkbox"/>	N Gênante	<input type="checkbox"/>
Coup de poignard	<input type="checkbox"/>	Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	Désagréable	<input type="checkbox"/>
D Pincement	<input type="checkbox"/>	I Engourdissement	<input type="checkbox"/>	Pénible	<input type="checkbox"/>
Serrement	<input type="checkbox"/>	Lourdeur	<input type="checkbox"/>	Insupportable	<input type="checkbox"/>
Compression	<input type="checkbox"/>	Sourde	<input type="checkbox"/>	O Enervante	<input type="checkbox"/>
Ecrasement	<input type="checkbox"/>	J Fatigante	<input type="checkbox"/>	Exaspérante	<input type="checkbox"/>
En étau	<input type="checkbox"/>	Epuisante	<input type="checkbox"/>	Horripilante	<input type="checkbox"/>
Broiement	<input type="checkbox"/>	Ereintante	<input type="checkbox"/>	P Déprimante	<input type="checkbox"/>
				Suicidaire	<input type="checkbox"/>

**Hachurez
la ou les zones
de votre douleur
sur les schémas
ci-dessous :**



MEDICAMENTS DE CRISE UTILISES OU DEJA ESSAYES :

- Nombre de jours de prise d'antimigraineux/d'antalgiques par mois : í í í í í í í í
- Combien de temps au maximum pouvez-vous rester sans en prendre ?
Moins de 8 heures 8 à 24 heures 1 à 4 jours 4 à 8 jours +de 8 jours
- Pensez-vous consommer trop de médicaments Oui Non Si oui, depuis quel âge? í í
- Quels traitements utilisez vous ACTUELLEMENT en cas de céphalées ?

Nom	Dosage ? Forme ? <i>Comprimé, gélule, spray, suppo.</i>	Nombre moyen <i>comprimé, gélule ou suppo par semaine</i>	Efficacité : 0 nulle + légère ++ moyenne +++ bonne ++++ complète	Délai d'action	Durée d'action

- Autres moyens utilisés :
Froid Compresses humides Massages Compression
Autres
- Prenez-vous des antalgiques et/ou des antimigraineux pour traiter :
Les céphalées Des douleurs dans une autre partie du corps Les deux

Entourer les traitements de Crises que avez déjà utilisés	Efficacité : 0 nulle, + légère, ++ moyenne, ++ bonne, +++ complète	Commentaires
Imigrane 50 injectable-spray, Relpax, Almogran, Naramig, Zomig-Zomigoro		
Gynergène caféiné, Migwell, Diergospray		
Anti-inflammatoires (Profenid, Apranax, Ibuprofene, Nureflex)		
Aspirine, Aspegic, Céphyl, Migpriv, Céphalgan..		
Paracétamol (Doliprane, Dafalgan, Efferalgan)		
Efferalgan codéiné, Dafalgan codéine, Codoliprane		
Optalidon Viscéralgine forte		
Topalgic, Contramal		
Lamaline		
Autres		

- A quel moment prenez-vous le traitement de crise ?
Avant la crise (par anticipation) Retardée, mais moins de 2 heures après le début
Dès le début de la crise Plus de 2 heures après

MEDICAMENTS DE FOND UTILISES :

Un traitement de fond est un traitement que l'on prend tous les jours pour essayer de diminuer la fréquence et l'intensité de ses céphalées.

- Quel traitement de fond prenez-vous actuellement ?

Depuis quand ? : í í í . Dose : í í í ..

Efficacité : nulle légère moyenne bonne complète

- Avez-vous essayé les techniques suivantes (notez vos commentaires éventuels) :

- Acupuncture
- Mésothérapie
- Infiltrations
- Kinésithérapie
- Ostéopathie
- Stimulations électriques
- Psychothérapies
- Relaxation
- Cures thermales
- Autres

- Parmi les traitements suivants, quels traitements de fond avez-vous essayé ?

	Efficacité : 0 nulle, + légère, ++ moyenne, ++ bonne, +++ complète	Commentaires (doses, effets secondaires)
Dihydroergotamine, Ikaran, Séglor		
Sanmigran		
Nocertone		
Bétabloquant (Avlocardyl, Séloken, Lopressor, Ténormine)		
Vidora		
Sibélium		
Isoptine		
Désernil		
Laroxyl		
Dépakine		
Epitomax		
Autres		

IMPACT DES MAUX DE TETE :

- Lorsque vous avez des maux de tête, la douleur est-elle intense ?

Jamais Rarement De temps en temps Très souvent Tout le temps

- Votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes habituelles, y compris les tâches ménagères, le travail, les études ou les activités avec les autres, est-elle limitée à cause de vos maux de tête ?

Jamais Rarement De temps en temps Très souvent Tout le temps

- Lorsque vous avez des maux de tête, souhaiteriez vous avoir la possibilité de vous allonger ?

Jamais Rarement De temps en temps Très souvent Tout le temps

- Au cours de ces 4 dernières semaines, vous êtes vous senti(e) trop fatigué(e) pour travailler ou effectuer vos activités quotidiennes à cause de vos maux de tête ?

Jamais Rarement De temps en temps Très souvent Tout le temps

- Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous éprouvé un sentiment de « ras le bol » ou d'ægacement à cause de vos maux de tête ?

Jamais Rarement De temps en temps Très souvent Tout le temps

- Au cours de ces 4 dernières semaines, votre capacité à vous concentrer sur votre travail ou vos activités quotidiennes a t'elle été limitée à cause de vos maux de tête ?

Jamais Rarement De temps en temps Très souvent Tout le temps

Score HIT Total (calculé par le médecin)

ECHELLE HAD :

Dans le tableau suivant, lisez chaque série de questions et entourez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

A. Je me sens tendu ou énervé	D. Je prend plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
3. la plupart du temps	0. oui, tout autant
2. souvent	1. pas autant
1. de temps en temps	2. un peu seulement
0. jamais	3. presque plus
A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	D. Je ris facilement et vois le bon côté des choses
3. oui, très nettement	0. autant que par le passé
2. oui, mais ce n'est pas grave	1. plus autant qu'avant
1. un peu mais cela ne m'inquiète pas	2. vraiment moins qu'avant
0. pas du tout	3. plus du tout
A. Je me fais du souci	D. Je suis de bonne humeur
3. très souvent	3. jamais
2. assez souvent	2. rarement
1. occasionnellement	1. assez souvent
0. très occasionnellement	0. la plupart du temps
A. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
0. quoi qu'il arrive	3. presque toujours
1. oui, en général	2. très souvent
2. rarement	1. parfois
3. jamais	0. jamais
A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence
0. jamais	3. plus du tout
1. parfois	2. je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
2. assez souvent	1. il se peut que je n'y fasse plus autant attention
3. très souvent	0. j'y prête autant attention que par le passé
A. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	D. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
3. oui, c'est tout à fait le cas	0. autant qu'avant
2. un peu	1. un peu moins qu'avant
1. pas tellement	2. bien moins qu'avant
0. pas du tout	3. presque jamais
A. J'éprouve des sensations soudaines de panique	D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio TV
3. vraiment très souvent	0. souvent
2. assez souvent	1. parfois
1. pas très souvent	2. rarement
0. jamais	3. très rarement