

## QUESTIONARIO CEFALEA PER GENITORI

Caro Genitore,

prima della visita neurologica pediatrica di Suo/a figlio/a Le chiediamo gentilmente di rispondere a queste domande, che ci aiutano a capire che tipo di mal di testa ha Suo/a figlio/a.

La cefalea è un fenomeno molto complesso e ogni informazione è molto utile per capirne la natura.

La preghiamo di rispondere a tutte le domande e di non tralasciarne alcuna.

Se dovessero esserci delle domande di difficile comprensione, La preghiamo di segnalarle con un punto di domanda. Avremo modo di parlarne durante la visita.

Tutte le informazioni raccolte con questo questionario e durante la visita medica resteranno strettamente confidenziali sottostando al segreto professionale.

GRAZIE

### INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA

#### 1) I genitori sono:

- coniugati
- conviventi
- separati/divorziati da .....mesi/anni
- genitore single
- genitore vedovo/a

#### 2) Con chi vive prevalentemente Vostro/a figlio/a?

- genitori biologici
- madre biologica
- padre biologico
- madre biologica con il convivente
- padre biologico con la convivente
- genitori adottivi
- nonni/e o parenti
- genitori affidatari
- collegio
- altro .....

### 3) Chi detiene la potestà genitoriale?

- entrambi i genitori
- madre
- padre
- altra figura di riferimento .....

## INFORMAZIONI SULLA CEFALEA DI VOSTRO FIGLIO/A

### 1) Da quanto tempo Vostro figlio ha mal di testa?

- ..... settimane
- .... mesi
- 1 anno
- diversi anni
- altro .....

### 2) Quando è iniziato il mal di testa è successo qualcosa di particolare?

- NO
- Sì

Se **SÌ** cosa è successo?

- Vostro/a figlio/a si è ammalato/a?
- Vostro/a figlio/a ha subito un trauma cranico?
- Vi siete trasferiti?
- Vostro/a figlio/a ha cambiato scuola?
- Vostro/a figlio/a ha subito del bullismo a scuola?
- Vi siete separati?
- Il migliore amico di Vostro/a figlio/a si è trasferito?
- altro.....

### 3) Quanto spesso ha mal di testa?

- una volta all'anno
- più volte all'anno
- una volta al mese
- più volte al mese
- una volta a settimana
- più volte a settimana
- una volta al giorno
- più volte al giorno
- sempre/costantemente

### 4) Quando lamenta mal di testa?

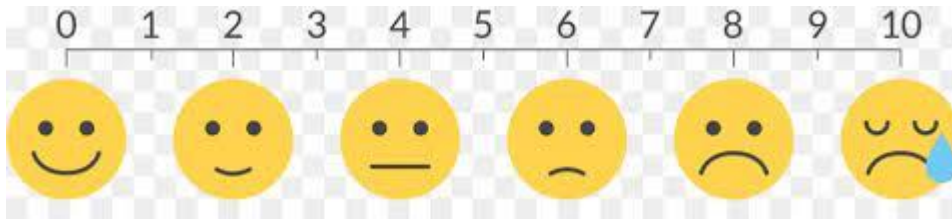
- |                                                   |                                 |                                        |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> in qualsiasi momento     | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> qualche volta |
| <input type="checkbox"/> quando si sveglia        | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> qualche volta |
| <input type="checkbox"/> prima di andare a scuola | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> qualche volta |
| <input type="checkbox"/> a scuola                 | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> qualche volta |
| <input type="checkbox"/> dopo la scuola           | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> qualche volta |
| <input type="checkbox"/> a casa                   | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> qualche volta |
| <input type="checkbox"/> durante il sonno         | <input type="checkbox"/> sempre | <input type="checkbox"/> qualche volta |
| <input type="checkbox"/> altro.....               |                                 |                                        |

**5) Quanto dura il mal di testa?**

- minuti - circa .....minuti
- ore - circa .....ore
- giorni - circa.....giorni
- settimane
- mesi

Fra un mal di testa e l'altro, sta bene?     SÌ             NO

**6) Quanto intenso è il mal di testa?**



**7) Come si comporta quando ha mal di testa?**

- interrompe le sue attività (gioco, compiti)
- si sdraia
- continua a giocare
- continua a leggere
- continua a guardare la TV
- altro.....

**8) Vi è una sede della testa dove Vostro/a figlio/a riferisce di aver dolore**

- NO
- Sì

Se **SÌ** segnate nella figura dove lamenta il mal di testa



**9) Quando ha mal di testa lamenta anche altri disturbi?**

- NO
- Sì

## Se Sì

- nausea
  - vomito
  - non sopporta la luce
  - non sopporta i rumori forti
  - è pallido
  - è stanco/a o svogliato/a
  - è nervoso
  - fa fatica a concentrarsi
  - ha disturbi della vista
  - vede lampi di luce, immagini scintillanti, stelline, linee a zig-zag
  - lamenta un formicolio ad una mano o al volto
  - ha dolori addominali
  - ha vertigini
  - ha un occhio arrossato
  - ha un occhio che lacrima
  - ha il naso chiuso
  - ha il naso che cola
  - ha la palpebra superiore di un occhio abbassata
  - ha un occhio gonfio
  - ha la fronte/viso sudato
  - altro
- .....

### **10) Vi sono giorni della settimana nei quali ha più frequentemente mal di testa?**

- lunedì
- martedì
- mercoledì
- giovedì
- venerdì
- sabato
- domenica
- non c'è un giorno particolare

### **11) Vi è una stagione nella quale lamenta più spesso mal di testa?**

- primavera
- estate
- autunno
- inverno
- non c'è una stagione in particolare

### **12) Cosa peggiora il mal di testa?**

- movimento, attività sportiva
- utilizzo del computer per lungo tempo
- utilizzo del cellulare per lungo tempo
- stanchezza / carenza di sonno
- tosse
- altro .....
- non so

**13) Cosa migliora o fa scomparire il mal di testa?**

- riposo
  - sdraiarsi
  - giocare
  - uscire all'aria aperta
  - parlare con gli amici
  - fare sport
  - guardare la televisione
  - giocare al computer
  - altro.....
- .....

**14) Negli ultimi 3 mesi il mal di testa ha impedito a Vostro/a figlio/a di fare le sue attività preferite, come ad esempio intrattenersi con gli amici, giocare, fare sport?**

- NO
- Sì

Se **SI**, che cosa in particolare non ha potuto fare?

.....

.....

**15) Negli ultimi 3 mesi il mal di testa ha impedito a Vostro/a figlio/a di andare a scuola?**

- NO
- Sì

Se **Sì** non è andato/a a scuola

- per ..... giorni
  - per ..... settimane
  - altro .....
- .....

**16) Negli ultimi 3 mesi a causa mal di testa Vostro/a figlio/a non ha potuto fare qualcosa, che in genere ama fare?**

- NO
- Sì

Se **Sì** cosa in particolare?

.....

.....

## TERAPIE E INDAGINI ESEGUITE FINO AL MOMENTO DELLA VISITA

### 1) Negli ultimi 3 mesi, per trattare il mal di testa, Vostro/a figlio/a ha assunto farmaci?

- NO
- Sì

Se **Sì** scrivete quali

Nome farmaco	Dosaggio	Frequenza assunzione	Da quando?
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

### 2) Per il mal di testa ha già fatto degli accertamenti?

- NO
- Sì

Se **Sì** quali?

- esami del sangue
  - visita oculistica
  - visita otorinolaringoiatrica
  - visita odontoiatrica
  - altro.....
- .....

### 3) Per il mal di testa ha già fatto delle diete?

- NO
- Sì

Se **Sì** quali?

- dieta priva di lattosio
  - dieta povera di alimenti ricchi di istamina
  - altro.....
- .....

### 4) Per il mal di testa ha già fatto terapie complementari?

- NO
- Sì

Se **Sì** quali?

- agopuntura
  - osteopatia
  - altro.....
- .....

**5) In passato o attualmente ha effettuato o sta effettuando un percorso di psicoterapia?**

- NO
- Sì

**Avete altre informazioni importanti da comunicarci?**

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

**NOME COGNOME** .....

**PADRE/MADRE DI** .....

**DATA DI NASCITA:** .....

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE!

Per ulteriori domande o chiarimenti scrivete o telefonate a:

Servizio di Neurologia e Riabilitazione dell'età evolutiva: e-mail: [infmpi.bz@sabes.it](mailto:infmpi.bz@sabes.it)  
Tel: 0471-438868 | lun./ven. 8.30-13.00 / 14.00-16.00