

## QUESTIONARIO CEFALEA PER ADOLESCENTI

Ciao,

prima della visita ti chiediamo gentilmente di rispondere a queste domande che ci servono per capire il tuo mal di testa e per aiutarti a curarlo.

Alcune domande ti potranno sembrare poco importanti e non collegate al tuo mal di testa, ma, trattandosi di un problema complesso, anche piccoli dettagli apparentemente senza importanza, sono utili per capire il tuo mal di testa e consigliarti cosa fare.

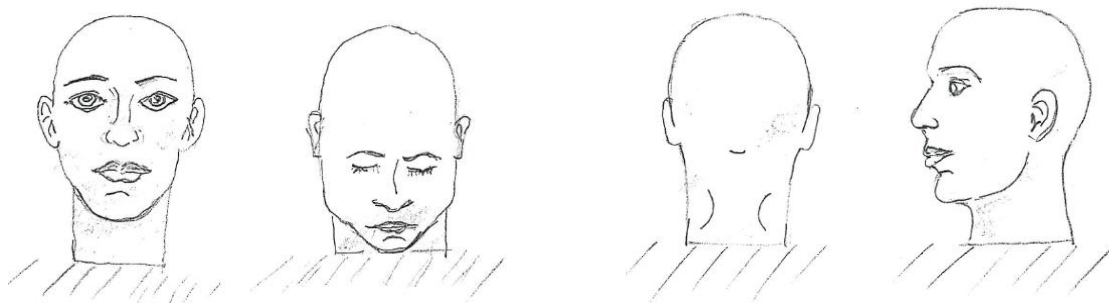
Tutte le informazioni raccolte con questo questionario e durante le nostre visite rimarranno strettamente confidenziali.

Tutto chiaro?

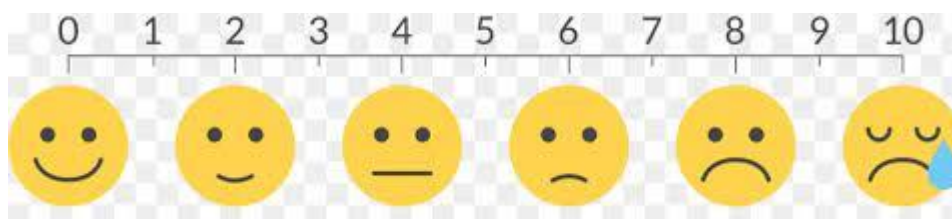
Se hai dei dubbi non esitare a chiedere chiarimenti al momento della visita.

### 1) La testa ti fa male in un punto particolare?

- NO
- SÌ
- Se hai risposto **SÌ** segna nella figura dove



### 2) Quanto forte è il tuo mal di testa?



**3) Per il mal di testa devi interrompere le tue attività, anche quelle preferite?**

- NO
- SÌ

Se hai risposto **SÌ** scrivi quali

.....

.....

.....

**4) Il tuo mal di testa?**

- pulsa come un cuore
- stringe come un casco /cerchio
- punge come un ago
- è improvviso

**5) Puoi fare un disegno del tuo mal di testa?**

- NO
- SÌ

**6) Quanto dura il tuo mal di testa?**

- Minuti                      Quanti?.....
- Ore                              Quante?.....
- Giorni                         Quanti?.....
- Tutto il giorno

**7) Quanto spesso hai mal di testa?**

- una volta al mese
- una volta alla settimana
- una volta al giorno
- in continuazione
- più volte al mese
- più volte alla settimana
- più volte al giorno

**8) Quando hai mal di testa?**

- nel pomeriggio
- alla sera
- al mattino al risveglio
- prima di andare a scuola
- a scuola
- dopo la scuola
- anche quando non vado a scuola
- di notte
- in continuazione
- altro.....

.....

.....

.....

**9) Quando hai mal di testa, hai anche altri disturbi?**

- NO
- SÌ

Se hai risposto **SÌ** quali?

- mi danno fastidio i rumori forti
- mi danno fastidio le luci
- mi danno fastidio certi odori
- il mal di testa peggiora se mi muovo o faccio attività sportiva
- ho la sensazione di dover vomitare
- vomito
- faccio fatica a concentrarmi
- ho dolori addominali
- mi gira la testa
- vedo male
- sento un formicolio ad una mano
- ho il naso chiuso
- mi lacrima un occhio
- altro?

.....

.....

.....

**10) Prima del mal di testa hai qualche disturbo?**

- NO
- SÌ

Se hai risposto **SÌ**, che disturbi hai prima che inizi il mal di testa?

- mi sento stanco
- ho molta fame
- sono di cattivo umore
- non riesco a concentrarmi
- vedo lampi di luce, immagini scintillanti, stelline, linee a zig-zag
- sento un formicolio alle mani
- altro.....

.....

**11) Cosa peggiora il tuo mal di testa?**

- sforzo fisico, per esempio salire le scale, correre, fare sport
- rumori
- stare seduto a lungo in una stanza con le finestre chiuse
- se gioco a lungo con videogame
- se sto a lungo al sole
- se bevo poco
- se ho stress per i compiti in classe
- se mi arrabbio o litigo con qualcuno
- se mi annoio
- se dormo poco
- quando cambia il tempo
- con i colpi di tosse
- altro.....

.....

**12) Con cosa migliora il tuo mal di testa?**

- con il riposo
  - con il sonno
  - se esco all'aria aperta
  - se faccio sport
  - se esco con gli amici
  - se guardo la televisione
  - se gioco al computer
  - altro.....
- .....

**13) Cosa fai quando hai mal di testa?**

.....

.....

.....

**14) Contro il mal di testa prendi farmaci?**

- NO
- SÌ

Se SÌ, che tipo di farmaci?.....

.....

.....

**15) Nel periodo in cui è iniziato il tuo mal di testa, è successo qualcosa di particolare nella tua vita?**

- NO
- SÌ

Se SÌ, cosa è successo in particolare?

- eri ammalato
  - sei caduto?
  - avete cambiato città o casa?
  - hai cambiato scuola
  - il tuo migliore amico si è trasferito
  - a scuola i tuoi compagni hanno iniziato a prendermi in giro
  - i tuoi genitori si sono separati
  - altro.....
- .....
- .....

**16) Negli ultimi 3 mesi il tuo mal di testa ti ha impedito di fare cose che avresti voluto fare, come ad es. stare con gli amici, giocare, divertirti, fare sport?**

- NO
- SÌ

Se SÌ, che cosa in particolare? .....

.....

**17) Negli ultimi 3 mesi il tuo mal di testa ti ha impedito di andare a scuola?**

- NO
- SÌ, infatti NON sono andato a scuola per ..... giorni

**18) Ci sono altre cose che vorresti dirci su di te o sui tuoi mal di testa, o che ti sembrano importanti?**

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

**GRAZIE**

**NOME COGNOME** .....

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

Per ulteriori domande o chiarimenti scrivete o telefonate a:

Servizio di Neurologia e  
Riabilitazione dell'età evolutiva:

e-mail: [infnpi.bz@sabes.it](mailto:infnpi.bz@sabes.it)  
Tel: 0471-438868 | lun./ven. 8.30-13.00 / 14.00-16.00