



POLICLINICO
UNIVERSITARIO
NEUROLOGIA
CENTRO DI
DIAGNOSI E CURA
PER LE CEFALEE



Buongiorno, ci aiuti a scoprire se soffre di EMICRANIA

Risponda per favore alle seguenti domande*:

1) Negli ultimi tre mesi ha avuto mal di testa?

sì no

Se ha risposto sì, prosegua per favore:

2) Quando ha mal di testa ha nausea e vomito?

sì no

3) Quando ha mal di testa la luce o i rumori la disturbano?

sì no

4) Il mal di testa ha limitato negli ultimi 3 mesi per almeno un giorno la sua capacità di lavorare, studiare o svolgere le normali attività quotidiane?

sì no

Se ha risposto sì ad almeno 2 domande è probabile che soffra di emicrania.

**Lipton, ID Migraine™ Screener modificato, 2003*

Prosegua con le domande per scoprire se è affetto da una forma cronica:

5) Negli ultimi 3 mesi ha avuto mal di testa per più di 15 giorni al mese?

sì no

Se ha risposto sì è probabile che soffra di emicrania cronica.

Ne parli con noi del Centro Cefalee.

Prosegua con le domande per scoprire se è affetto da una forma con uso eccessivo di farmaci sintomatici:

6) Assume farmaci sintomatici per il mal di testa per più di 10 giorni al mese da più di 3 mesi?

sì no

Se ha risposto sì è probabile che soffra di emicrania cronica con uso eccessivo di farmaci.

Ne parli con noi del Centro Cefalee:

Tel. 06225411220 (lun-ven h 9,30-16,30), centrocefalee@unicampus.it



Risponda per favore a questa scheda dati:

Iniziali (prime due lettere del cognome) (prime due lettere del nome)

Data di nascita // Sesso F M

Peso Kg Altezza cm Scolarità (anni)

Allergie No Si Specificare _____

Attività fisica Nessuna Saltuaria Regolare Regolare e Intensa
0-30 min/settimana 30 min/settimana 60-120min/settimana 120 e più min/settimana

Familiarità per cefalea No Si Familiarità per ictus cerebrale No Si

Fumo No Si Numero sigarette

Ipercolesterolemia (Colesterolo totale superiore a 240 mg/dl o assunzione di farmaci) No Si

Iperensione (Pressione arteriosa superiore a 140/90 mmHg o assunzione di farmaci) No Si

Diabete (Glicemia superiore a 130 mg/dl o assunzione di farmaci) No Si

Patologie note No Si Specificare _____

Abitudini alimentari (Consumi settimanali)

Fritti	Mai <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2-3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Più di 4 <input type="checkbox"/>
Formaggi	Mai <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2-3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Più di 4 <input type="checkbox"/>
Pesce	Mai <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2-3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Più di 4 <input type="checkbox"/>
Carni	Mai <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2-3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Più di 4 <input type="checkbox"/>
Pasta e Pane	Mai <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2-3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Più di 4 <input type="checkbox"/>
Dolci/cioccolato	Mai <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2-3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Più di 4 <input type="checkbox"/>
Verdura	Mai <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2-3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Più di 4 <input type="checkbox"/>
Frutta	Mai <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2-3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Più di 4 <input type="checkbox"/>
Alcool	Mai <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2-3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Più di 4 <input type="checkbox"/>
Bibite gassate	Mai <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2-3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Più di 4 <input type="checkbox"/>