

Questionnaire sur votre migraine – céphalée

NOM / Prénom :

Sexe : Femme Homme

Date de naissance :

A quel âge votre migraine a commencé ?

Avez-vous l'un de problèmes médicaux suivants ?

- Hypertension Maladie cardiaque Ulcère de l'estomac Asthme Dépression
 Allergie Épilepsie Maladie de la peau Attaque d'apoplexie Autre :

Quelle est votre état de santé ?

- Excellent Bon Moyen Mauvais

Dans quelle mesure les migraines influencent-elles votre vie ?

- Beaucoup Un peu Très peu Pas de tout

Fréquence

Combien de jour par mois souffrez-vous de maux de tête normaux ?

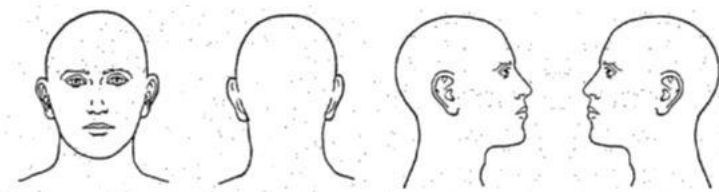
Combien de jour par mois souffrez-vous de migraine ?

Combien de temps dure votre migraine en moyenne sans médicaments ?

Combien de temps dure votre migraine après les médicaments ?

Localisation

Où se situe votre douleur ? (mettre une croix sur les visages)



Commentaires :

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

Intensité

Quelle est l'intensité de votre migraine ? (entourer le chiffre)



Est-ce-que les migraines vous réveillent la nuit ? oui non

Déclencheurs et symptômes

Qu'est ce qui est susceptible de déclencher votre migraine ou l'amplifier ?

- | | | | | |
|---------------------------------|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bruits | <input type="checkbox"/> Efforts corporel | <input type="checkbox"/> Repas irréguliers | <input type="checkbox"/> Certains aliments | <input type="checkbox"/> Changement de temps |
| <input type="checkbox"/> Odeurs | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Trop peu ou trop de sommeil | <input type="checkbox"/> Lumière | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Médicaments | <input type="checkbox"/> Autre : | | |

Quels symptômes avez-vous associé à vos migraines ?

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nausées | <input type="checkbox"/> Vomissements | <input type="checkbox"/> Diarrhées | <input type="checkbox"/> Sensibilité à la lumière | <input type="checkbox"/> Sensibilité aux bruits |
| <input type="checkbox"/> Vertiges | <input type="checkbox"/> Gonflement des paupières | <input type="checkbox"/> Difficultés à se concentrer | <input type="checkbox"/> Sensation d'engourdissement de la peau | <input type="checkbox"/> Augmentation de la sécrétion du nez |
| <input type="checkbox"/> Troubles de la vue | <input type="checkbox"/> Perte de connaissances | <input type="checkbox"/> Sudation | <input type="checkbox"/> Faiblesse musculaire | <input type="checkbox"/> Autre : |

Si vous êtes une femme, votre migraine se modifie-t-elle en raison de ces facteurs ?

- | | | | | |
|--|---------------------------------|--|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menstruations | <input type="checkbox"/> Pilule | <input type="checkbox"/> Comprimé d'hormones | <input type="checkbox"/> Grossesse | <input type="checkbox"/> Autre : |
|--|---------------------------------|--|------------------------------------|----------------------------------|

Traitement

Qu'est qui vous soulage pendant votre migraine ?

- | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Calme | <input type="checkbox"/> Sport | <input type="checkbox"/> Vomissements | <input type="checkbox"/> Obscurité | <input type="checkbox"/> Eau chaude |
| <input type="checkbox"/> Eau froide | <input type="checkbox"/> Massage | <input type="checkbox"/> Médicaments | <input type="checkbox"/> Autre : | |

Prenez-vous des médicaments contre la migraine ?

- oui non

Lesquels ?

.....

Est-ce que ces médicaments vous soulagent ?

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Fréquemment | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Jamais |
|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|

Quelle méthode alternative avez-vous essayée par le passé ?

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Homéopathie | <input type="checkbox"/> Psychothérapie | <input type="checkbox"/> Exercices de relaxation/massage | <input type="checkbox"/> Coussin contre la migraine | <input type="checkbox"/> Hypnose |
| <input type="checkbox"/> Herbes | <input type="checkbox"/> Acupuncture | <input type="checkbox"/> Ostéopathie | <input type="checkbox"/> Autre : | |

Quelle amélioration vous avez eu ?

- | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Complete | <input type="checkbox"/> Partielle | <input type="checkbox"/> Temporaire (pour combien de temps ? | <input type="checkbox"/> Minimale | <input type="checkbox"/> Aucune |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------|

.....

Examens

Est-ce que des examens médicaux ont été réalisés pour vos migraines ?

- oui non

Quels examens ont été réalisés ?

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Electroencéphalogramme (EEG) | <input type="checkbox"/> Scanner (CT) | <input type="checkbox"/> Résonance magnétique | <input type="checkbox"/> Analyse du sang | <input type="checkbox"/> Radiographie |
|---|---------------------------------------|---|--|---------------------------------------|

Combien de visites chez un médecin avez-vous faites en raison de votre migraine au cours de la dernière année ?

.....

Combien de médecins différents avez-vous consulté pour vos douleurs ?

.....

Documents associés

Journal de la migraine / DAL_FOR_CPR_migraine_journal

Validation

Date	Version	Auteur(s)	Validation
07.03.2014	A	G. Pietramaggiore	Pr. W. Raffoul