

Questionnaire sur la migraine[®]

Date : _____

Nom: _____ Prénom: _____ Date naiss: _____

Rue : _____ CP/Lieu: _____

Pays : _____ Sexe : h f

Profess. _____ Téléphone: _____

Caisse de maladie : _____

1. À quel âge votre migraine a-t-elle commencée ?

2. En connaissez-vous la cause à cette époque ou ce qui l'a déclenché?

3. D'autres membres de votre famille souffrent-ils aussi de migraine ? Si oui, lesquels?

4. Combien de jours par mois souffrez-vous de maux de tête « normaux » ?

5. Combien de jours par mois souffrez-vous de migraine ?

6. Combien de temps dure votre migraine en moyenne ?
 - < 2 heures
 - 3-4 heures
 - 5-12 heures
 - 12-24 heures
 - 24 heures
 - > 1 semaine

7. De quelle intensité de douleur est votre migraine ?(veuillez cocher un chiffre sur l'échelle)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		↔ Faible:							Fortes douleurs

Pour les questions suivantes, vous pouvez cocher une ou plusieurs réponses

8. Où se situe essentiellement la douleur sur votre tête ?

	à droite	à gauche
<input type="checkbox"/> derrière l'œil		
<input type="checkbox"/> au-dessus du sourcil		
<input type="checkbox"/> aux tempes		
<input type="checkbox"/> à l'arrière de la tête		
<input type="checkbox"/> répartition (en %) par côté		

9. Souffrez-vous d'une sensation de pression et/ou de douleurs dans le nez pendant une attaque de migraine?

toujours parfois jamais

10. Aviez-vous ou avez-vous des problèmes avec les sinus nasaux?

oui non

11. Est-ce que le temps a une influence sur votre migraine?

toujours parfois jamais

12. Vos douleurs de migraine, vous réveillent-elles pendant la nuit ?

jamais parfois souvent toujours

13. Avez-vous vécu une fois un ou plusieurs des symptômes suivants avant ou pendant la migraine ?

	avant		pendant			avant		pendant	
Vomissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomissement tjrs + diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilité à la lumière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhée (sans vomissement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilité aux bruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flux de larmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuffisance musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augmentation de la sécrétion de sueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gonflement des paupières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de l'élocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à se concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte de connaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation d'engourdissement de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augmentation de la sécrétion du nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la vue (images doubles, flashes, lignes en zigzag, réduction de l'intensité visuelle, autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypoglycémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					autres symptômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour les questions suivantes, vous pouvez cocher une ou plusieurs réponses

14. Souffrez-vous avant ou pendant la migraine d'une hypersensibilité à la douleur (allodynie) ?

- Mes cheveux me font mal
- Je dois ouvrir mes cheveux (retirer les pinces/rubans, défaire les coiffures montées)
- Je n'utilise plus de bigoudis/fers à friser
- En cas de maux de tête, je laisse nager parfois mes cheveux dans la baignoire pour avoir un soulagement
- J'ai dû couper mes cheveux longs pour réduire le poids du cuir chevelu
- Les averses/les douches sur ma tête causent des couleurs
- Je ne peux pas porter de chapeau
- Le mascara sur les yeux me gêne
- Je ne peux pas porter d'écouteurs pendant la migraine
- Je dois enlever mon collier quand j'ai des maux de tête/migraine
- Pendant la migraine, je trouve une couverture posée sur mon corps désagréable
- Mes doigts me font mal quand je saisis quelque chose
- La sensibilité à la douleur s'est accrue au cours des dernières années

15. Qu'est-ce qui vous soulage pendant votre migraine?

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Calme | <input type="checkbox"/> Obscurité | <input type="checkbox"/> Musique |
| <input type="checkbox"/> Vomissement | <input type="checkbox"/> Télévision | <input type="checkbox"/> Massage |
| <input type="checkbox"/> Sport | <input type="checkbox"/> Eau chaude | <input type="checkbox"/> Lecture |
| <input type="checkbox"/> Sommeil | <input type="checkbox"/> Eau froide | <input type="checkbox"/> Analgésique |

16. Qu'est-ce qui déclenche votre migraine ou l'amplifie ?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bruit | <input type="checkbox"/> Changement de temps | <input type="checkbox"/> Lumière |
| <input type="checkbox"/> Efforts corporels | <input type="checkbox"/> Odeurs | <input type="checkbox"/> Stress/ennuis |
| <input type="checkbox"/> Repas irréguliers ou tard | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Toux |
| <input type="checkbox"/> Certains aliments | <input type="checkbox"/> trop peu ou trop de sommeil | <input type="checkbox"/> Analgésique |

**17. Si vous êtes une femme, votre migraine se modifie-t-elle en raison de ces facteurs?
Si oui, comment ?**

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Menstruations | _____ |
| <input type="checkbox"/> Pilule | _____ |
| <input type="checkbox"/> Comprimés d'hormone | _____ |
| <input type="checkbox"/> Grossesse | _____ |

18. Avez-vous eu au passé une blessure à la tête ou au cou qui a été traitée par un médecin ?

- non oui Lequel ?

19. Avez-vous ou aviez-vous l'un des problèmes médicaux suivants ?

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Épilepsie |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Attaque d'apoplexie |
| <input type="checkbox"/> Ulcère de l'estomac | <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Maladies de la peau |

20. Avez-vous des problèmes de vue (myopie ou presbyte) ?

- Oui, myope Oui, presbyte

21. Portez-vous pour compenser vos problèmes de vue

- des lunettes des lentilles de contact, dures des lentilles de contact, souples

22. Est-ce qu'un médecin a consulté et traité votre migraine ?

- oui, un Médecin de famille Orthopédiste
 Neurologue Interniste
 non autres

23. Quels examens ont été réalisés au passé sur vous en raison de la migraine ?

- E.E.G. (mesure du courant dans le ce) Analyse du sang
 CT (scanner) Radio
 Imagerie par résonance magnétique E.C.G
 autre :

24. Prenez-vous essentiellement

- des médicaments en vente libre ?**

Lesquels ? _____

- des médicaments délivrés sur ordonnance ?**

Lesquels ? _____ Depuis quand ? _____

Quelles sont vos dépenses personnelles pour les médicaments par mois ?

env. _____ EURO

25. Est-ce que ces médicaments vous aident ?

- non un peu occasionnellement la plupart du temps toujours

26. Combien de visites chez votre médecin avez-vous faites en raison de la migraine au cours de l'année passée ?

- 0 1-4 5-10 > 10

27. Combien de médecins différents avez-vous consultés en raison de la migraine au cours de l'année passée ?

- 0 1-3 4-7 8-10

28. Faites-vous quelque chose pour prévenir la migraine (prophylaxie)

- Musique pour se détendre Sport Anesthésie locale
 Relaxation des muscles Thérapie neurale Médicaments

29. Combien de jours étiez-vous malade et ne pouviez-vous pas travailler l'année passée en raison de la migraine ?

- < 3 jours 4-7 jours 8-14 jours 15-21 jours > 3 semaines

30. Deviez-vous vous rendre au service des urgences ou appeler le médecin d'urgence l'année passée en raison de douleurs dues à la migraine ?

- non oui combien de fois ?

31. Quelles méthodes de traitement avez-vous utilisées au passé ?

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Homéopathie | <input type="checkbox"/> Coussin contre la migraine | <input type="checkbox"/> Acuponcture |
| <input type="checkbox"/> Psychothérapie | <input type="checkbox"/> Hypnose | <input type="checkbox"/> Ostéopathie |
| <input type="checkbox"/> Exercices de relaxation | <input type="checkbox"/> Herbes | <input type="checkbox"/> Autres |

Si une ou plusieurs méthodes indiquées plus haut vous ont aidé, veuillez noter la durée de l'amélioration en mois.

32. Avez-vous subi au passé un traitement par injection de Botox pour des raisons cosmétiques ?

- non oui combien de fois ?

entre les sourcils
(ride entre les sourcils)

Pli de l'œil latéral
(patte-d'oie)