

Nom / Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Adresse mail : .....

## QUESTIONNAIRE CEPHALEES

Poids actuel : .....

Taille : .....

### ANTECEDENTS :

#### ▪ Personnels :

– Médicaux : .....

– Chirurgicaux : .....

#### ▪ Familiaux :

.....

### PROFESSION :

Situation actuelle :

En activité

En arrêt de travail

En invalidité

Au chômage

En retraite

**TRAITEMENTS ACTUELS prescrits** (y compris pilules, traitements hormonaux substitutifs, traitements antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères, etc) **ou traitements autres** (ex : phytothérapie, etc) :

.....

.....

### DESCRIPTION DU MAL DE TETE (= CEPHALEE) :

▪ A quel âge sont apparues les céphalées ? .....

▪ Savez-vous s'il s'agissait de migraines ?

Oui

Non

Ne sait pas

▪ Décrivez vos troubles :

.....

.....

.....

▪ En cas d'aggravation des céphalées :

- à quel âge a eu lieu l'augmentation de fréquence des céphalées ? .....

- à quel âge sont-elles devenues quotidiennes ou quasi-quotidiennes (plus d'1 jour/2) ? .....

- l'aggravation est-elle survenue brutalement ? Oui  Non

- l'aggravation coïncide-t-elle avec un événement de vie pénible, une dépression ? Oui  Non

Si vous aviez à évaluer l'intensité de votre douleur, quel score donneriez-vous ?

(0 pas de douleur ® 10douleur maximale imaginable)

- en moyenne : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- moments les plus douloureux : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Description des céphalées dans les 3 derniers mois :**

▪ Nombre total de jours de céphalées par mois : .....

Intensité moyenne des crises au cours de la dernière semaine (*entourer un chiffre*)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Absence de douleur

Douleur maximale imaginable

▪ S'agit-il de céphalées évoluant :

- par crise avec des jours sans douleur

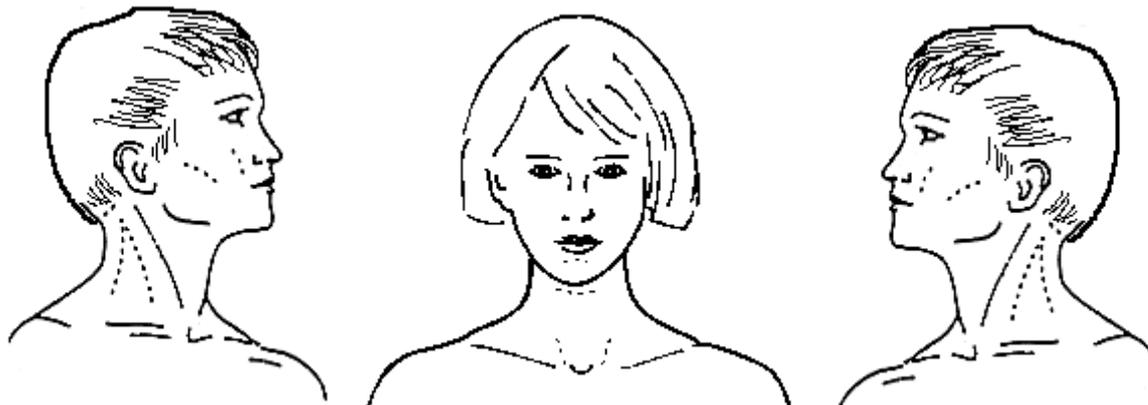
- par crise avec un fond douloureux quasi permanent

- de façon quasi continue sans réelle crise

▪ Combien de temps au maximum pouvez-vous rester sans aucune céphalée ?

moins d'1 heure  1 à 24 heures  1 à 4 jours  4 à 8 jours  plus de 15 jours

**Hachurez la ou les zones de votre douleur sur les schémas ci-dessous :**



Au cours des 3 derniers mois, pouvez-vous estimer le nombre de consultations effectuées en lien avec la prise en charge de vos céphalées ? .....

Pouvez-vous estimer le nombre de médecins consultés ? .....

Avez-vous bénéficié d'un passage aux urgences ? .....

Avez-vous bénéficié d'une hospitalisation ? .....

**MEDICAMENTS UTILISES OU DEJA ESSAYES EN TRAITEMENT DE CRISE :**

▪ Nombre de jours de prise d'antimigraineux/d'antalgiques par mois : .....

▪ Combien de temps au maximum pouvez-vous rester sans en prendre ?

Moins de 8 heures  8 à 24 heures  1 à 4 jours  4 à 8 jours  + de 8 jours

▪ **Quels traitements utilisez-vous ACTUELLEMENT en cas de céphalées ?**

Nom	Dosage ? Forme ? <i>Comprimé, gélule, spray, suppo.</i>	Nombre moyen <i>comprimé, gélule ou suppo par semaine</i>	Efficacité : 0 nulle + légère ++ moyenne +++ bonne ++++ complète	Délai d'action	Durée d'action

Entourer les traitements de crises que vous avez déjà utilisées	Efficacité : 0 nulle, + légère, ++ moyenne, +++ bonne,++++ complète	Effets indésirables ressentis	Dose
Imigrane 50 injectable-spray, Relpax, Almogran, Naramig, Zomig-Zomigoro			
Gynergène caféiné, Migwell, Diergospray			
Anti-inflammatoires (Profénid, Apranax, Ibuprofène, Nureflex)			
Aspirine, aspégic, Céphyl, Migpriv, Céphalgan			
Paracétamol (Doliprane, Dafalgan, Efferalgan)			
Efferalgan codéiné, Dafalgan codéiné, Codoliprane			
Optalidon Viscéralgine forte			
Topalgic, Contramal			
Lamaline			
Autres			

**MEDICAMENTS UTILISES EN TRAITEMENT DE FOND :**

*Un traitement de fond est un traitement que l'on prend tous les jours pour essayer de diminuer la fréquence et l'intensité de ses céphalées.*

▪ Quel traitement de fond prenez-vous actuellement ? .....

Depuis quand ? : ..... Dose : .....

Efficacité : nulle  légère  moyenne  bonne  complète

▪ Avez-vous essayé les techniques suivantes (notez vos commentaires éventuels) :

- Acupuncture .....
- Mésothérapie .....
- Infiltrations .....
- Kinésithérapie .....
- Ostéopathie .....
- Stimulations électriques .....
- Psychothérapies .....
- Relaxation .....
- Cures thermales .....
- Autres .....

- Parmi les traitements suivants, quels traitements de fond avez-vous essayé ?

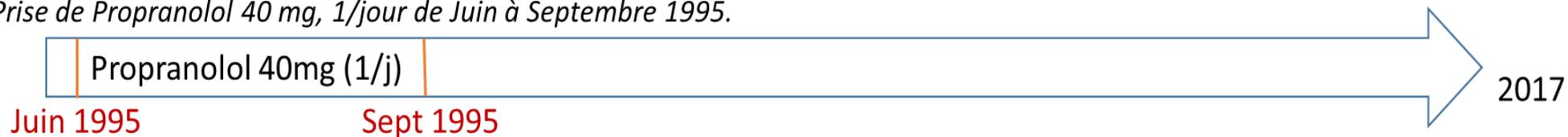
	Efficacité : 0 nulle, + légère, ++ moyenne,+++ bonne,++++ complète	Effets indésirables ressentis	Dose
Dihydroergotamine, Ikaran, Séglor			
Sammigran			
Nocertone			
Bétabloquant (Avlocardyl, Séloken, Lopressor, Tenormine			
Vidora			
Sbélium			
Isoptine			
Désernil			
Laroxyl			
Dépakine			
Epitomax			
Candésartan			
Venlafaxine/Effexor			
Autres			

# Historique des traitements médicamenteux antimigraineux.

- Complétez cette ligne de vie, avec les traitements indiqués dans le tableau afin de nous renseigner sur votre prise de médicaments depuis le début de vos céphalées.

(Date de début, date de fin, nom du médicament et dose utilisée)

*Ex : Prise de Propranolol 40 mg, 1/jour de Juin à Septembre 1995.*



1<sup>ère</sup> prise de traitement antimigraineux

A horizontal bar with a jagged left edge and a straight right edge, intended for the first treatment entry.

A horizontal rectangular bar intended for a second treatment entry.

A horizontal rectangular bar intended for a third treatment entry.

Jusqu'à ce jour

Dernière prise ou traitement en cours

## IMPACT DES MAUX DE TÊTE :

▪ Lorsque vous avez des maux de tête, la douleur est-elle intense ?

Jamais  Rarement  De temps en temps  Très souvent  Tout le temps

▪ Votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes habituelles, y compris les tâches ménagères, le travail, les études ou les activités avec les autres, est-elle limitée à cause de vos maux de tête ?

Jamais  Rarement  De temps en temps  Très souvent  Tout le temps

▪ Lorsque vous avez des maux de tête, souhaiteriez-vous avoir la possibilité de vous allonger ?

Jamais  Rarement  De temps en temps  Très souvent  Tout le temps

▪ Au cours de ces 4 dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) trop fatigué(e) pour travailler ou effectuer vos activités quotidiennes à cause de vos maux de tête ?

Jamais  Rarement  De temps en temps  Très souvent  Tout le temps

▪ Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous éprouvé un sentiment de « ras le bol » ou d'agacement à cause de vos maux de tête ?

Jamais  Rarement  De temps en temps  Très souvent  Tout le temps

▪ Au cours de ces 4 dernières semaines, votre capacité à vous concentrer sur votre travail ou vos activités quotidiennes a-t-elle été limitée à cause de vos maux de tête ?

Jamais  Rarement  De temps en temps  Très souvent  Tout le temps

Score HIT Total (calculé par le médecin)

## QUESTIONNAIRE MIDAS

**Durant les 3 derniers mois, en raison de vos céphalées/migraines :**

		JOURS
1	Combien de jours avez-vous manqué le travail (ou l'école) ?	
2	Pendant combien d'autres jours avez-vous eu une productivité de travail réduite de plus de 50% ?	
3	Pendant combien de jours n'avez-vous pas pu faire vos activités ménagères habituelles ?	
4	Pendant combien de jours votre productivité en tâches ménagères était réduite de plus de 50% ?	
5	Pendant combien de jours avez-vous manqué à vos activités familiales, sociales ou de loisirs ?	
<b>TOTAL</b>		

## ECHELLE HAD :

Dans le tableau suivant, lisez chaque série de questions et entourez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

A. Je me sens tendu ou énervé	D. Je prend plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
3. la plupart du temps	0. oui, tout autant
2. souvent	1. pas autant
1. de temps en temps	2. un peu seulement
0. jamais	3. presque plus
A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	D. Je ris facilement et vois le bon côté des choses
3. oui, très nettement	0. autant que par le passé
2. oui, mais ce n'est pas grave	1. plus autant qu'avant
1. un peu mais cela ne m'inquiète pas	2. vraiment moins qu'avant
0. pas du tout	3. plus du tout
A. Je me fais du souci	D. Je suis de bonne humeur
3. très souvent	3. jamais
2. assez souvent	2. rarement
1. occasionnellement	1. assez souvent
0. très occasionnellement	0. la plupart du temps
A. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
0. quoi qu'il arrive	3. presque toujours
1. oui, en général	2. très souvent
2. rarement	1. parfois
3. jamais	0. jamais
A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence
0. jamais	3. plus du tout
1. parfois	2. je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
2. assez souvent	1. il se peut que je n'y fasse plus autant attention
3. très souvent	0. j'y prête autant attention que par le passé
A. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	D. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
3. oui, c'est tout à fait le cas	0. autant qu'avant
2. un peu	1. un peu moins qu'avant
1. pas tellement	2. bien moins qu'avant
0. pas du tout	3. presque jamais
A. J'éprouve des sensations soudaines de panique	D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio TV
3. vraiment très souvent	0. souvent
2. assez souvent	1. parfois
1. pas très souvent	2. rarement
0. jamais	3. très rarement

Veuillez indiquer, pour chacune des rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui, en cochant la case appropriée.

**Mobilité**

- 1  Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied  
 2  J'ai des problèmes pour me déplacer à pied  
 3  Je suis obligé(e) de rester alité(e)

**Autonomie de la personne**

- 1  Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi  
 2  J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)  
 3  Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

**Activités courantes** (exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

- 1  Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes  
 2  J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes  
 3  Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

**Douleurs/gêne**

- 1  Je n'ai ni douleurs, ni gêne  
 2  J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)  
 3  J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

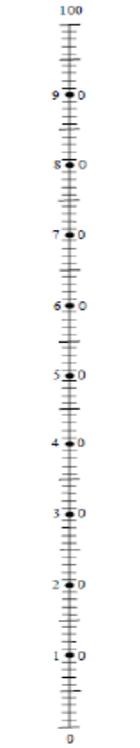
**Anxiété/dépression**

- 1  Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e)  
 2  Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)  
 3  Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

Pour aider à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état est bon ou mauvais, nous avons tracé une échelle comme celle d'un thermomètre) sur laquelle 100 correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et 0 au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

Veuillez indiquer sur cette échelle graduée comment vous situez votre état de santé aujourd'hui. Veuillez tracer une ligne allant du cadre ci-dessus à l'endroit qui, sur l'échelle, correspond à votre état de santé aujourd'hui.

**Votre état de  
santé  
aujourd'hui**



Pire état de  
santé imaginable

Score (compris entre 5 et 15) :

Score (compris entre 0 et 100) :