



## DIAGNOSI PRELIMINARE DEL MAL DI TESTA

Può compilare il questionario prima della visita  
Legga le domande e indichi a cosa somiglia di più il suo mal di testa.  
Può indicare anche più tipi di mal di testa (su colonne diverse)

	A	B	C
1. SEDE DEL DOLORE	UN SOLO LATO CAMBIA DI LATO <input type="radio"/>	TUTTA LA TESTA <input type="radio"/>	IN GENERE OCCHIO E TEMPIA DA UN SOLO LATO <input type="radio"/>
2. TIPO DI DOLORE	PULSANTE MARTELLANTE <input type="radio"/>	COSTRITTIVO/ GRAVATIVO (COME UN PESO) <input type="radio"/>	TRAFETTIVO LANCINANTE PULSANTE <input type="radio"/>
3. INTENSITÀ DEL DOLORE	MODERATA/FORTE <input type="radio"/>	LIEVE/MODERATA <input type="radio"/>	MOLTO FORTE <input type="radio"/>
4. ANDAMENTO DEL DOLORE	AUMENTA GRADUALMENTE E POI RAGGIUNGE IL MASSIMO <input type="radio"/>	RIMANE COSTANTE SENZA VARIAZIONI IMPORTANTI <input type="radio"/>	RAGGIUNGE IL MASSIMO DI DOLORE IN BREVE TEMPO <input type="radio"/>
5. DURATA DEL DOLORE (SENZA TRATTAMENTO)	4-72 ORE <input type="radio"/>	DA 30 MINUTI A PIÙ GIORNI <input type="radio"/>	15-180 MINUTI <input type="radio"/>
6. SINTOMI ASSOCIATI AL DOLORE	NAUSEA <input type="radio"/> VOMITO <input type="radio"/> INTOLLERANZA LUCE <input type="radio"/> INTOLLERANZA RUMORI <input type="radio"/> INTOLLERANZA ODORI <input type="radio"/>	NESSUNO IN GENERE (A VOLTE LIEVE NAUSEA E/O FASTIDIO ALLA LUCE) <input type="radio"/>	LACRIMAZIONE <input type="radio"/> OCCHIO ROSSO <input type="radio"/> ABBASSAMENTO PALPEBRA <input type="radio"/> SENSO DI NARICE CHIUSA OE/O SECREZIONE NASALE (TUTTI DAL LATO DEL DOLORE) <input type="radio"/>
7. FREQUENZA DEGLI ATTACCHI	EPISODI VARIABILI NEL MESE <input type="radio"/>  TUTTI I GIORNI <input type="radio"/>	NON COSTANTE / VARIABILE <input type="radio"/>  TUTTI I GIORNI <input type="radio"/>	ATTACCHI TUTTI I GIORNI O QUASI (ANCHE PIÙ DI UNO AL GIORNO), AD ORARI FISSI, PER UN PERIODO DI SETTIMANE O MESI, CON INTERVALLI LIBERI ANCHE DI MESI <input type="radio"/>
8. COMPORTAMENTO DURANTE GLI ATTACCHI	DEVE STARE A LETTO, AL BUIO O IN AMBIENTE TRANQUILLO; SOSPENDE O RIDUCE L'ATTIVITÀ <input type="radio"/>	NULLA DI PARTICOLARE, LE ATTIVITÀ SONO POSSIBILI <input type="radio"/>	AGITATO, IRREQUIETO <input type="radio"/>
9. SINTOMO PRESENTI PRIMA DELL'ATTACCO (PER UN TEMPO TRA 10 E 60 MINUTI)	DISTURBI DELLA VISTA <input type="radio"/> FORMICOLIO AD UN BRACCIO E/O A METÀ DEL VOLTO (SOLO DA UN LATO) <input type="radio"/> DISTURBI A PARLARE <input type="radio"/>	NESSUNO <input type="radio"/>	NESSUNO <input type="radio"/>
TOTALE RISPOSTE POSITIVE			

1. Se la maggior parte di risposte positive è nella colonna A, probabilmente si tratta di emicrania.
2. Se la maggior parte di risposte positive è nella colonna B, probabilmente si tratta di cefalea tensiva.
3. Se la maggior parte di risposte positive è nella colonna C, probabilmente si tratta di cefalea a grappolo.