



## Questionnaire préparatoire pour la consultation en clinique des céphalées

Identification : \_\_\_\_\_ RAMQ : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_

### 1. INFORMATIONS ET CONTACTS

Avez-vous un médecin de famille ?  OUI  NON

Si oui, quel est son nom ? \_\_\_\_\_

Nom de votre pharmacie : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone de la pharmacie : \_\_\_\_\_

### 2. ALLERGIES

Avez-vous des allergies ou des intolérances ?  OUI  NON

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

### 3. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Cochez les problèmes médicaux que vous avez parmi les suivants :

Hypertension

Pierres au rein

Cholestérol

Maladie de Raynaud (doigts bleus  
ou blancs s'il fait froid)

Infarctus ou angine de poitrine

Glaucome

AVC (accident vasculaire cérébral)

Cancer

Diabète

Bruxisme (serrement de dents)

Épilepsie

Apnée du sommeil

Trouble de la thyroïde

Douleur chronique (dos, etc.)

Problème d'estomac

Dysfonction érectile

Fibromyalgie

Avez-vous d'autres problèmes de santé ? Si oui, lesquels?

1- \_\_\_\_\_ 4- \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_ 5- \_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_ 6- \_\_\_\_\_

#### 4. ACCIDENTS

Avez-vous déjà eu un traumatisme crânien (commotion cérébrale) ?  OUI  NON

Si oui, en quelle année (ou à quel âge) ? \_\_\_\_\_

Est-ce que vos maux de tête ont un lien avec un accident ?  OUI  NON

Avez-vous déjà eu une imagerie cérébrale de type tomographie assistée par ordinateur (TACO) ou résonance magnétique (IRM) ?  OUI  NON

Si oui, à quel endroit vous avez passé ces examens ? \_\_\_\_\_

#### 5. FAMILLE

Y a-t-il des personnes souffrant de migraine dans votre famille ?  OUI  NON

Si oui, qui ?  Père  Mère  Frère  Sœur  Enfants

Dans votre famille, y a-t-il des personnes atteintes?

Épilepsie  Intolérance au gluten

Autres, spécifiez \_\_\_\_\_

#### 6. SANTÉ MENTALE

Avez-vous déjà été diagnostiqué(e) et/ou traité(e) pour l'une ou plusieurs de ces conditions de santé ?

Dépression

Trouble anxieux, crises de panique

Hallucinations, psychose

Trouble bipolaire

Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité

Trouble obsessionnel compulsif

Trouble de personnalité (si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_)

Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

#### **Si vous êtes une femme :**

Avez-vous des cycles menstruels ?  OUI  NON

Si oui, sont-ils réguliers ?  OUI  NON

Êtes-vous ménopausée ?  OUI  NON

Si oui, depuis environ quel âge ? \_\_\_\_\_

Utilisez-vous une technique de contraception ?  OUI  NON

Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

Combien de grossesse(s) avez-vous eu(es) ? \_\_\_\_\_

## 7. HABITUDES DE VIE

1) Occupez-vous un emploi ?  OUI  NON

Si oui :  temps partiel  temps complet

Si non, est-ce en raison de vos maux de tête ?  OUI  NON

Si non, quelle est votre source de revenus :

Aide sociale  Retraite  Invalidité  Conjoint(e)  CSST  SAAQ

Supplément garanti  Autre

Qui est votre fournisseur d'assurance médicament ?(pour le remboursement de certains médicaments)

RAMQ  privé, spécifiez \_\_\_\_\_

2) Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?  OUI  NON

Si oui, lequel et depuis combien de temps ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3) Cela vous arrive-t-il de sauter un repas ?  OUI  NON

Quand :  à tous les jours  2-3 fois / semaine  la fin de semaine  rarement

4) Quelle quantité d'eau buvez-vous environ par jour?

moins de 1 litre  environ 1 litre  environ 1 litre et demi  plus de 2 litres

5) Quel(s) produit(s) caféiné(s) consommez-vous régulièrement et quelle quantité ?  
(café, thé, boissons gazeuses de type cola, boissons énergisantes)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6) Fumez-vous la cigarette ?  OUI  NON

Si oui, combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ? \_\_\_\_\_

7) Décrivez votre consommation d'alcool :

- Jamais    Rare    Quelques verres par semaine    Une verre par jour  
 Plusieurs verres par jour

8) Prenez-vous des drogues ?  OUI  NON

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

9) Quel est votre taille ? \_\_\_\_\_

10) Quel est votre poids ? \_\_\_\_\_

11) Comment décririez-vous votre niveau d'activité physique ?

- Activité cardio-vasculaire au moins 3 fois par semaine  
 Activité physique de 1 à 3 fois par semaine (intensité légère à modérée)  
 Marche régulièrement  
 Plutôt inactif

12) Qu'est-ce qui caractérise votre sommeil ?

- Je dors en moyenne 8 heures par nuit  
 Je fais souvent des siestes en après-midi  
 Je mange et je me couche peu de temps après  
 Je regarde la télévision ou d'autres écrans avant d'aller au lit (ou au lit)  
 Je fais de la visualisation ou de la méditation pour m'endormir

13) Éprouvez-vous des difficultés avec votre sommeil ?  OUI  NON

- Je ne m'endors pas le soir  
 Je me réveille souvent la nuit car j'ai de la douleur autre que des maux de tête  
 Je me réveille souvent la nuit en raison de mes maux de tête  
 Je me lève souvent la nuit pour aller aux toilettes  
 Je dors trop  
 Je suis somnolent durant la journée  
 Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

14) Comment gérez-vous votre stress de manière générale ?

- Je me sens rarement stressé
- J'éprouve parfois de la difficulté à le gérer
- Je l'évacue par l'exercice physique
- J'utilise des techniques de relaxation et/ou de respiration
- Je « mange » mes émotions
- J'éprouve beaucoup de difficulté à le gérer
- Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

15) Êtes-vous suivi en ce moment par des professionnels de la santé ?  OUI  NON

Si oui, le(s)quel(s) ?

- Acupuncteur
- Psychologue ou psychothérapeute
- Massothérapeute
- Naturopathe
- Ostéopathe
- Nutritionniste
- Chiropraticien
- Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

## 8. MAUX DE TÊTE

1) Avez-vous déjà eu un diagnostic de migraine par un médecin ?  OUI  NON

2) Quels symptômes accompagnent généralement vos maux de tête ?

- Photophobie (sensibilité à la lumière)
- Phonophobie (sensibilité au bruit)
- Osmophobie (sensibilité aux odeurs)
- Nausées / vomissements
- Étourdissements
- Douleur au cou

3) Avez-vous des auras qui précèdent vos crises de migraine ?

OUI  NON  Je ne sais pas

Si oui, de quel type ?  visuelle  sensitive  Je ne sais pas

4) Combien de jours par mois avez-vous de maux de tête (peu importe la sévérité) ?  
 0-7 jours / mois    8-14 jours / mois    15 jours et plus par mois

5) Combien de jours par mois prenez-vous un traitement pour soulager vos maux de tête ?  
 0-7 jours / mois    8-14 jours / mois    15 jours et plus par mois

6) Avez-vous déjà essayé les traitements suivants pour « casser » vos crises de migraine ? (Cochez ceux que vous avez déjà tentés, vous pouvez vous référer à votre pharmacien si nécessaire)

- Tylenol, acétaminophène (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Advil, motrin, ibuprofen (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Naproxene, anaprox, vimovo (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Cambia, diclofenac (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Indocid, indométhacine (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Imitrex, sumatriptan (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Zomig, zolmitriptan (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Maxalt, rizatriptan (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Axert, almotriptan (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Relpax, eletriptan (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Amerge, naratriptan (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Frova, frovatriptan (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- DHE, dihydroergotamine (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Autre (Spécifiez) : \_\_\_\_\_
- Je ne m'en souviens plus

7) Avez-vous en ce moment un médicament efficace pour « casser » la plupart de vos crises de migraine et pour vous permettre de retourner à vos activités ?

OUI  NON

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

8) Avez-vous déjà essayé les traitements suivants pour prévenir vos maux de tête ?  
(Cochez ceux que vous avez déjà tentés, vous pouvez vous référer à votre pharmacien si nécessaire)

- Elavil, amitriptyline (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Aventyl, nortriptyline (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Corgard, nadolol (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Propranolol, Inderal (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Candesartan, atacand (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Flunarizine, sibelium (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Topamax, topiramate (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Epival, acide valproïque (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Gapapentin, Neurontin (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Lyrica, pregabalin (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Produits naturels (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Botox (raison de l'arrêt :  non efficace  non toléré)
- Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_
- Je ne m'en souviens plus

En lien avec vos maux de tête, qu'est-ce qui vous préoccupe le plus présentement ?

---

---

---

S'il y avait une question à laquelle vous souhaiteriez que l'on réponde, quelle serait-elle ?

---

---

---



La Clinique Neuro-Lévis vous remercie d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire.