



Questionnaire préparatoire pour la consultation en clinique des céphalées

Identification : _____

Date de naissance : _____

RAMQ : _____

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 :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Pierres au rein |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol | <input type="checkbox"/> Maladie de Raynaud (doigts bleus ou blancs s'il fait froid) |
| <input type="checkbox"/> Infarctus ou angine de poitrine | <input type="checkbox"/> Glaucome |
| <input type="checkbox"/> AVC (accident vasculaire cérébral) | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Bruxisme (serrement de dents) |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la thyroïde | <input type="checkbox"/> Douleur chronique (dos, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Problème d'estomac | <input type="checkbox"/> Dysfonction érectile |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | |

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

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

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

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) 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

3) 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

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

5) Fumez-vous la cigarette ? OUI NON

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

6) Décrivez votre consommation d'alcool :

Jamais Rare Quelques verres par semaine Une verre par jour

Plusieurs verres par jour

7) Prenez-vous des drogues ? OUI NON

8) Quel est votre taille ? _____

9) Quel est votre poids ? _____

10) 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

11) 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

12) 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) : _____
-

13) 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) : _____
-

14) 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) 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

2) 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

3) 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

4) 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

5) 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.

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____

HIT-6™ QUESTIONNAIRE SUR L'IMPACT DES MAUX DE TÊTE



Ce questionnaire a été conçu pour vous aider à décrire et à exprimer ce que vous ressentez et ce que vous ne pouvez pas faire à cause de vos maux de tête.

Pour chaque question, veuillez cocher la case correspondant à votre réponse.

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

Jamais Rarement De temps en temps Très souvent Tout le temps

2 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

3 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

4 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?

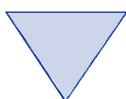
Jamais Rarement De temps en temps Très souvent Tout le temps

5 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?

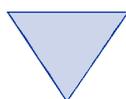
Jamais Rarement De temps en temps Très souvent Tout le temps

6 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 ?

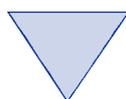
Jamais Rarement De temps en temps Très souvent Tout le temps



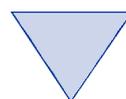
+



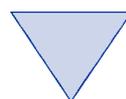
+



+



+



COLONNE 1
(6 points par réponse)

COLONNE 2
(8 points par réponse)

COLONNE 3
(10 points par réponse)

COLONNE 4
(11 points par réponse)

COLONNE 5
(13 points par réponse)

Pour calculer votre score total, additionnez les points obtenus pour chaque colonne.

Veuillez montrer les résultats de ce questionnaire (HIT-6) à votre médecin.

Score Total

Plus le score est élevé, plus l'impact des maux de tête sur votre vie est important.

Les scores sont compris entre 36 et 78.



QUESTIONNAIRE SUR L'IMPACT DES MAUX DE TÊTE

QUE SIGNIFIE VOTRE SCORE (résultat total)?

▼ Si votre score est supérieur ou égal à 60

Vos maux de tête ont des répercussions majeures sur votre vie quotidienne. Vous éprouvez peut-être des douleurs invalidantes ainsi que d'autres symptômes plus graves que ceux signalés par d'autres personnes souffrant également de maux de tête. Ne laissez pas vos maux de tête vous empêcher de profiter de la vie (famille, travail, études ou activités sociales).

Prenez rendez-vous dès aujourd'hui avec votre médecin pour parler de votre score HIT-6 et de vos maux de tête.

▼ Si votre score est compris entre 56 et 59

Vos maux de tête ont des répercussions importantes sur votre vie quotidienne. Vous éprouvez peut-être des douleurs intenses ainsi que d'autres symptômes qui vous empêchent par moment de travailler ou d'étudier, ou nuisent à votre vie familiale ou sociale.

Prenez rendez-vous dès aujourd'hui avec votre médecin pour parler de votre score HIT-6 et de vos maux de tête.

▼ Si votre score est compris entre 50 et 55

Vos maux de tête semblent avoir un certain impact sur votre vie quotidienne. A priori, ils ne devraient pas vous empêcher de travailler ou d'étudier, ni nuire à votre vie familiale ou sociale.

N'oubliez pas de parler lors de votre prochain rendez-vous avec votre médecin de votre score HIT-6 et de vos maux de tête.

▼ Si votre score est inférieur ou égal à 49

Vos maux de tête semblent n'avoir qu'un impact négligeable sur votre vie quotidienne. Nous vous encourageons à répondre à ce questionnaire chaque mois afin de surveiller leurs répercussions sur votre vie de tous les jours.

▼ Dès que votre score HIT-6 est supérieur ou égal à 50

Il est fortement recommandé d'en parler à votre médecin. Les maux de tête dont vous souffrez pourraient être des migraines.

Lors de votre prochaine visite chez votre médecin, apportez votre questionnaire HIT-6. L'expérience montre que lorsqu'un médecin évalue correctement la sévérité et l'impact des maux de tête sur ses patients, il est plus à même de proposer une bonne prise en charge thérapeutique pouvant comprendre des médicaments.

Le questionnaire HIT-6 est également disponible sur Internet à l'adresse suivante : www.headachetest.com

La version Internet vous permet d'imprimer vos propres résultats ainsi qu'une version plus détaillée pour votre médecin.

N'oubliez pas de refaire le questionnaire HIT-6 (version papier ou Internet) afin de surveiller l'évolution de vos maux de tête.

▼ A propos du questionnaire HIT-6

Le questionnaire HIT-6 (Headache Impact Test) est un outil utilisé pour mesurer l'impact de vos maux de tête sur vos capacités au travail, à l'école, à la maison ou lors de vos activités sociales. Votre score indique l'impact de vos maux de tête sur votre vie quotidienne. Le questionnaire HIT-6 a été développé par une équipe internationale "d'experts en maux de tête" (médecins neurologues et généralistes) en collaboration avec des spécialistes en psychométrie qui ont développé l'échelle de qualité de vie SF-36®.

Le questionnaire HIT-6 n'a pas pour but de donner des conseils médicaux d'ordre diagnostique ou thérapeutique. Il est recommandé de parler de votre situation personnelle à votre médecin.

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____

GAD-7

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants? <i>(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)</i>	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
	0	1	2	3
1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
3. Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	0	1	2	3
4. Difficulté à se détendre	0	1	2	3
5. Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	0	1	2	3
6. Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
7. Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)

Calendrier de migraine

MOIS : _____

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Intensité 1 2 3																																
Règles																																
Déclencheur																																
Traitement																																
Traitement																																
Traitement																																
Effet du traitement																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Intensité 1 2 3																																
Règles																																
Déclencheur																																
Traitement																																
Traitement																																
Traitement																																
Effet du traitement																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Intensité 1 2 3																																
Règles																																
Déclencheur																																
Traitement																																
Traitement																																
Traitement																																
Effet du traitement																																

Intensité :

- 1- Légère (Aucun impact sur les activités habituelles)
- 2- Modérée (Réduction de la capacité d'effectuer les activités habituelles)
- 3- Sévère (Impossible d'effectuer les activités habituelles)

Traitements utilisés :

T=Tylenol

A= Advil

= _____

= _____

= _____

Facteurs déclenchant :

1- _____

2- _____

3- _____

4- _____

Signature de l'utilisateur : _____

Signature du professionnel : _____

Date de validation : _____

NEUROLOGIE



Le calendrier est un outil important et peut vous apporter des réponses qui vous aideront à vous améliorer. Un calendrier avec trop de détails est difficile à analyser. Un calendrier simple permet de faciliter les décisions pour continuer ou arrêter un traitement.

Objectifs du calendrier	
Compter les crises Établir une ligne de base	Définissez vos types de crises. En général, 1 est une crise légère ou un fond de mal de tête. 2 est une crise modérée qui diminue la capacité de fonctionner tandis que 3 est une crise sévère qui est très incapacitante. Il se peut que vous n'avez qu'une sorte de crise. C'est à vous de déterminer vos types de crise.
Déterminer l'effet du traitement de crise	Donnez des codes et inscrivez les noms des traitements à l'essai. Advil(ibuprophen)=A, Maxalt=M, Relpax=R, etc. Pour chaque essai, noter si la crise a été contrôlée (+) ou non (-). Après quelques essais, la meilleure stratégie devrait ressortir.
Identifier les déclencheurs	Si un aliment vous semble suspect, ou une activité, notez le, et voyez si vous avez raison. Y'a-t-il vraiment des crises en lien avec ce déclencheur ? Plus vos crises sont fréquentes, plus l'identification des déclencheurs est difficiles.
Décider si un traitement de fond est efficace	Idéalement il vous faut une ligne de base, une idée de la fréquence des crises sans traitements. Observez les 3 mois sous traitement, et décidez : est-ce que les crises ont diminué de 50% et plus ?
Détecter la surconsommation médicamenteuse	On prend souvent un peu plus de médicaments que l'on ne croit. Si vous prenez plus de 12 jours par mois de médicaments de crise, attention !

Exemples de facteurs déclenchant :

- Contracteptif (Anovulant)
- Aspartame
- Caféine
- Produits laitiers (Fromage)
- Chocolat
- Charcuteries
- Disparition subite de stress
- Repas sautés
- Odeurs
- Fumée
- Lumières
- Glutamate monosodique
- Changement habitudes de sommeil
- Changement de quart de travail
- Changement de saison, température
- Autres

Exemple de calendrier : Observer l'effet du traitement de fond

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Intensité 1 2 3				3	3	3			3			2	3						3			2	3				3				2
Règles			x	x	x	x	x																								
Traitement				A	A	A			A			A							A			A	A				A				
Traitement				R	R	R							R										R				R				
Effet du traitement				-	+	+			+			-	+						-			-	+				+				

Calendrier de base:
8 crises sévères, 3 crises modérées, 6 Relpax (R), 9 Advil (A), 6/11 crises bien traitées.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Intensité 1 2 3		3				3	2							3								3							2		
Règles						x	x	x	x	X																					
Traitement		A				A	A																A					A			
Traitement						R								R									R								
Effet du traitement		+				+	+							+									+						-		

Calendrier après traitement:
4 crises sévères, 2 crises modérées, 3 Relpax (R), 4 Advil (A), 5/6 crises bien traitées.

Référence :

- MIGRAINE QUÉBEC, Mon calendrier de crise, www.migrainequebec.com