

# Ho l' **Emicrania Cronica**?

Lo strumento per lo screening dell'emicrania cronica [**ID-Chronic Migraine (ID-CM)**] può aiutarti ad iniziare un importante colloquio con il tuo medico

## Con quale **FREQUENZA** hai mal di testa?

Nel rispondere alle domande successive, se non ricordi il numero esatto di giorni di mal di testa, inserisci la risposta più reale possibile. Se il mal di testa è durato più di un giorno, conta ogni giorno.

1. Negli ultimi 3 mesi (gli scorsi 90 giorni), per quanti giorni hai sofferto di un tipo qualsiasi di mal di testa?   
 Numero di giorni:  > se hai risposto 45 giorni o più barra la casella "Frequenza" > **FREQUENZA**
2. Nell'ultimo mese (gli scorsi 30 giorni), per quanti giorni hai sofferto di un tipo qualsiasi di mal di testa?   
 Numero di giorni:  > se hai risposto 15 giorni o più barra la casella "Frequenza" > **FREQUENZA**

## Quali erano i **SINTOMI** quando hai avuto mal di testa nell'ultimo mese (gli scorsi 30 giorni)?

Descrivi il dolore ed altri sintomi che hai in associazione al mal di testa. Se hai avuto più di una tipologia di mal di testa rispondi considerando il tipo più forte di mal di testa.

	A Mai	B Raramente	C Meno della metà delle volte	D La metà delle volte o più	
3. Quante volte ti sei sentito particolarmente infestito dalla luce (per es. ti sentivi meglio al buio)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Se hai risposto "C" o "D" alle domande 3, 4 e 5 barra la casella "Sintomi" <b>SINTOMI</b> <input type="text"/> Se hai risposto "C" o "D" ad entrambe le domande 5 e 6 barra la casella "Sintomi"
4. Quante volte ti sei sentito particolarmente infestito dai rumori (per es. ti sentivi meglio in un posto silenzioso)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. Quante volte il dolore era da moderato a forte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. Quante volte hai avuto nausea o vomito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

## Quante volte hai **ASSUNTO FARMACI** per il mal di testa nell'ultimo mese (gli scorsi 30 giorni)?

Nel rispondere alle successive due domande conta solo i farmaci che hai assunto al bisogno per liberarti dal mal di testa.

7. Per quanti giorni hai usato farmaci da banco per trattare i tuoi attacchi di mal di testa?   
 Numero di giorni:  > se hai risposto 10 giorni o più ad entrambe le domande barra la casella "Uso dei Farmaci" > **USO DEI FARMACI**
8. Per quanti giorni hai usato farmaci che ti sono stati prescritti da un medico per trattare i tuoi attacchi di mal di testa?   
 Numero di giorni:  > **USO DEI FARMACI**

## Quanto spesso il mal di testa ha interferito nelle **ATTIVITÀ** dell'ultimo mese (gli scorsi 30 giorni)?

9. Quanti giorni di lavoro o di scuola hai perso per il mal di testa?   
 Numero di giorni:  > se hai risposto 10 giorni o più ad entrambe le domande barra la casella "Attività" > **ATTIVITÀ**
10. Quanti giorni di attività familiari, sociali o del tempo libero hai perso per il mal di testa?   
 Numero di giorni:  > **ATTIVITÀ**

## Quanto spesso il mal di testa ha influito sui tuoi **PROGRAMMI** nell'ultimo mese (gli scorsi 30 giorni)?

- |  | A<br>Mai              | B<br>Raramente        | C<br>Meno della metà delle volte | D<br>La metà delle volte o più |  |
|--|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|--------------------------------|--|
| 11. Quanto spesso il mal di testa ha influito su quello che volevi fare? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>          | Se hai risposto "D" ad entrambe le domande barra la casella "Fare Programmi"<br><b>FARE PROGRAMMI</b> <input type="text"/> |
| 12. Quanto spesso per paura del mal di testa non hai fatto programmi?    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>          |  |

## Ho l' **Emicrania Cronica**?

Inserisci le risposte principali qui sotto per vedere se hai l'Emicrania Cronica.

Se hai...  
contrassegnato **ENTRAMBE** le caselle

FREQUENZA

SINTOMI



---

O se hai...  
contrassegnato **TUTTE E TRE** le caselle

USO DEI FARMACI

ATTIVITA'

FARE PROGRAMMI



**Allora potresti  
avere l'Emicrania  
Cronica**