

Apêndice 1 - Questionário

QUESTIONARIO PARA REGISTO DE CEFALIAS Nº.....

NOME (opcional)..... SEXO M F

IDADE PROFISSAO.....

NATURALIDADE

ESCOLARIDADE (anos)

CLASSE SOCIAL: PROF... INSTRº... RENDIMº... CASA... BAIRRO... CL...

1 - Já alguma vez teve dores de cabeça? Não? (*) Sim?
(*) passe para a pergunta nº 18

2 - Com que idade começou a ter dores de cabeça? (anos)

3 - Quando teve dores de cabeça pela última vez? nº
de: Dias ; Semanas ; Meses ; Anos

4.1 - Como são as dores?
constantes, isto é, estão sempre presentes?
periódicas, isto é, surgem por crises, acessos ou ataques?
esporádicas, isto é, surgem só raramente?

4.2 - Qual a frequência média das crises de dolorosas? nº
por: Dia ; Semana ; Mês ; Ano

4.3 - As crises são habitualmente do mesmo tipo? Não? Sim?

4.4 - Nas crises as dores de que tipo são?
Descreva cada tipo de dor separadamente começando pela que incomoda mais:

	1ª	2ª
Latejante ou pulsátil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peso ou moedeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espetada, picada ou guinada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queimor ou ardor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.5 - Já teve mais de 5 episódios do mesmo tipo? Não? Sim?

4.6 - Já teve várias crises idênticas no mesmo dia? Não? Sim?

5.1 - Onde se localiza a dor?

Local: Órbita? Fronte? Nuca? Vertex? Têmpora? Outros? 5.2 - De que lado? Direito? Esquerdo? Bilateral? 5.3 - A dor muda de lado nas diferentes crises? Não ? Sim?

6 - A intensidade da dor é suficiente para:

incomodar mas sem impedir a actividade? (L) perturbar e/ou interromper tempor./te a actividade? (M) impedir a actividade e/ou obrigar a acamar? (S) muito variável de crise para crise? (V) 7.1 - Quanto tempo dura habitualmente a dor? (s/ trat^o) n^o ||
em: Segundos; Minutos; Horas; Dias 7.2 - Quanto tempo dura habitualmente a dor? (c/ trat^o) n^o ||
em: Segundos; Minutos; Horas; Dias 8 - Quando tem dores de cabeça fica: Sossegado? Agitado? 9.1 - Presente quando vai ter a dor de cabeça? Não? Sim?

9.2 - Antes da dor, nota algum dos seguintes sintomas?

mal estar geral? irritabilidade? sede ou apetite exagerado? bocejo ou sonolência? visão enevoada? cintilações, linhas em paliçada, manchas escuras? formigueiros (lábios, língua ou mãos)? fraqueza nos membros? dificuldade em nomear objectos? zumbidos,vertigens? visão dupla? outros? (quais).....

9.3 - Com a dor nota algum dos seguintes sintomas?

náuseas? (enjoo?) vómitos? fotofobia? (intolerância à luz?) fonofobia? (intolerância ao ruído?) osmofobia? (intolerância aos cheiros?) outros? (quais).....

10 - As dores de cabeça são provocadas por?

- certas posições da cabeça?
- actividade física intensa?
- variações climáticas?
- variações do sono?
- menstruação?
- fome?
- stress?
- certos alimentos? (quais).....
- bebidas alcoólicas? (quais).....
- outros? (quais).....

11 - A dor agrava-se com algum dos seguintes factores?

- exercício físico?
- calor intenso?
- ruido intenso?
- luz intensa?
- outros? (quais).....

12 - As dores de cabeça aparecem mais vezes durante:

- o fim de semana?
- o período menstrual?
- a primavera e o outono?
- o tempo húmido?
- outros? (quais).....

13 - Já recorreu ao médico por causa da dor de cabeça? Não? Sim?

há quanto tempo? nº
de: Dias, Semanas; Meses; Anos

13.1 - Que tipo de médico consultou? (ordene):

- clínico geral?
- neurologista?
- psiquiatra?
- outro? (p.ex: SU) (qual).....

14 - Já fez algum exame por causa das dores de cabeça? Não? Sim?

- laboratorial?
- radiológico?
- outro? (qual).....

15.1 - Já usou medicamentos para tratar dores de cabeça?

- Não? Sim?
- receitados pelo médico?
- por iniciativa própria?
- por conselho de amigos/familiares?
- por conselho de farmacêutico?
- por outros motivos? (quais).....

- 15.2 - **Tomou os medicamentos para: Tratar? ou Evitar as crises?**
- para tratar a crise que medicamentos usou:
 - ergotamina (cafergot, avamigran, migretil, ergosanol)?
 - analgésicos n/esteróides (aspirina, optalidon, panadol)?
 - outros? (quais).....
 - para evitar as crises que medicamentos usou:
 - pizotifeno (sandomigraine)?
 - propranolol (inderal)?
 - flunarizina (sibelium)?
 - 5-HTP (cincofarm)?
 - antidepressivos(anafranil, tryptizol, ludiomil, tolvon)?
 - outros? (quais).....
- 16 - **Já usou alguns dos tratamentos seguintes?**
- acupuntura? (agulhas)
 - fisioterapia? (massagens)
 - homeopatia? (medicamentos naturais)
 - quiromancia? (bruxaria)
 - outros? (quais).....
- 17 - **Já faltou ao trabalho por causa da dor de cabeça? Não? Sim?**
- com que frequência? nº de vezes no último ano
- 18.1 - **Já sofreu algum traumatismo da cabeça ou pescoço?**
- Não? Sim?
- 18.2 - **Com perda do conhecimento?**
- Não? Sim?
- 18.3 - **Há quanto tempo? nº**
- de: Dias; Semanas; Meses; Anos
- 18.4 - **E foi motivado por: Queda? Acidente de viação? Agressão?**
- Outro? (qual?).....
- 19 - **Já teve alguma das seguintes doenças? Não? Sim?**
- alergias?
 - tensão arterial elevada?
 - reumatismo?
 - depressão?
 - outras? (quais).....
- 20 - **Alguém na sua família sofre de dores semelhantes? Não? Sim?**
- do lado da mãe?
 - do lado do pai?
 - ambos os lados?
- Observador: a)..... Data ___/___/___