

Kopfschmerz-Fragebogen für Jugendliche

Hallo,

vor der Visite bitte beantworte diese Fragen, damit wir deine Kopfschmerzen besser verstehen und behandeln können.

Einige Fragen könnten dir unwichtig und ohne Bezug zu deinen Kopfschmerzen erscheinen, da es sich jedoch um ein komplexes Problem handelt, sind auch kleine, scheinbar unwichtige Details wichtig, um deine Kopfschmerzen zu verstehen und zu behandeln.

Alle durch diesen Fragebogen und während unserer Visiten gesammelten Informationen werden streng vertraulich behandelt.

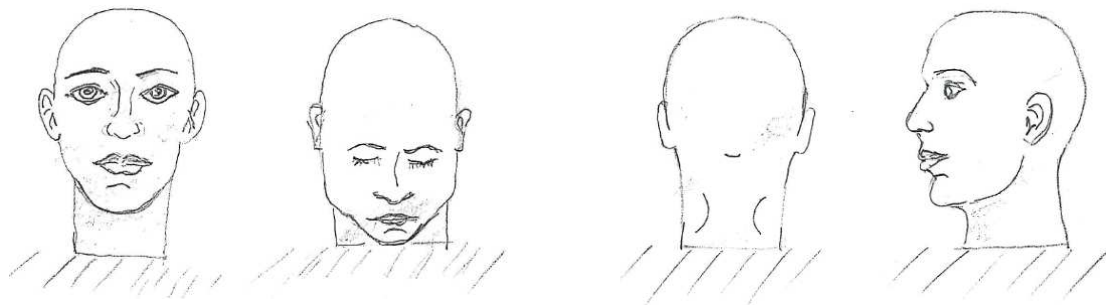
Alles klar?

Solltest du irgendwelche Zweifel und Fragen haben, darfst du gerne bei unserer Visite nachfragen.

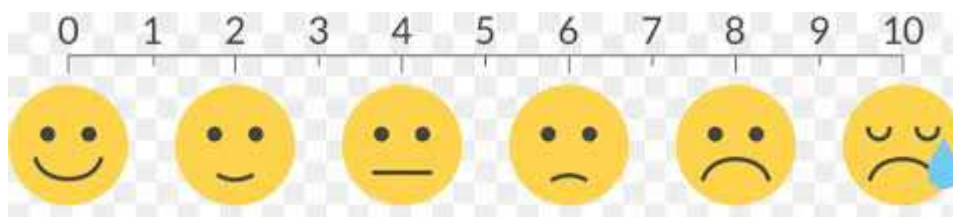
1) Hast du in einem bestimmten Bereich Kopfschmerzen?

- NEIN
- JA

Wenn **JA** zeichne die Stelle auf der Figur hier unten ein.



2) Wie stark sind deine Kopfschmerzen?



3) Musst du wegen der Kopfschmerzen deine Aktivitäten, auch deine Lieblingsaktivitäten, unterbrechen?

- NEIN
- JA

Wenn **JA**, schreib auf, um welche Aktivitäten es sich handelt

.....

.....

.....

4) Deine Kopfschmerzen

- pulsieren wie das Herz
- schnüren wie ein Helm
- stechen wie eine Nadel
- treten plötzlich auf

5) Kannst du deine Kopfschmerzen zeichnen?

- NEIN
- JA

6) Wie lange dauern die Kopfschmerzen?

- Minuten Wieviele?.....
- Stunden Wieviele?.....
- Mehrere Tage Wieviele?.....
- Hält den ganzen Tag an

7) Wie oft treten die Kopfschmerzen auf?

- einmal im Monat mehrmals im Monat
- einmal in der Woche mehrmals in der Woche
- einmal am Tag mehrmals am Tag
- dauernd

8) Wann hast du Kopfschmerzen?

- nachmittags
- abends
- morgens beim Aufwachen
- vor dem Schulbesuch
- in der Schule
- nach der Schule
- auch wenn ich nicht zur Schule gehe
- nachts
- immer
- Anderes.....

.....

.....

9) Hast du während der Kopfschmerzen auch andere Beschwerden?

- NEIN
- JA

Wenn **JA** welche?

- mich stören die lauten Geräusche
- mich stören die Lichter
- mich stören manche Gerüche
- die Kopfschmerzen werden stärker, wenn ich mich bewege oder Sport treibe
- ich habe das Gefühl, ich muss mich übergeben
- ich habe Mühe, mich zu konzentrieren
- ich habe Bauchschmerzen
- mir ist schwindelig
- ich sehe schlecht
- ich spüre ein Kribbeln an einer Hand
- die Nase ist verstopft
- ein Auge trânt
- Anderes

.....
.....
.....

10) Hast du vor den Kopfschmerzen Beschwerden?

- NEIN
- JA

Wenn **JA** welche?

- ich fühle mich müde
- ich habe großen Hunger
- ich habe schlechte Laune
- ich schaffe es nicht, mich zu konzentrieren
- ich sehe Lichtblitze, funkelnde Bilder, Sterne, Zickzacklinien
- ich habe ein Kribbeln in den Händen
- Anderes

.....

11) Was verschlechtert deine Kopfschmerzen?

- Körperliche Anstrengung, z.B. Treppen steigen, laufen, Sport
- Geräusche
- längeres Sitzen in einem geschlossenen Raum
- wenn ich lange Videospiele mache
- wenn ich mich lange in der Sonne aufhalte
- wenn ich zu wenig trinke
- wenn ich gestress bin wegen der Hausaufgaben
- wenn ich mich ärgere oder mit jemandem streite
- wenn ich mich langweile
- wenn ich zu wenig schlafe
- wenn sich das Wetter ändert
- beim Husten
- Anderes

.....
.....

12) Womit werden deine Kopfschmerzen besser?

- mit Ruhe
- mit dem Schlaf
- wenn ich ins Freie gehe
- wenn ich Sport mache
- wenn ich mich mit meinen Freunden treffe
- wenn ich fernsehe
- wenn ich am Computer spiele
- Anderes

.....
.....

13) Was machst du, wenn du Kopfschmerzen hast?

.....
.....
.....

14) Nimmst du gegen die Kopfschmerzen Medikamente?

- NEIN
- JA

Wenn **JA** welche?

.....
.....
.....

15) Ist in der Zeit, in der deine Kopfschmerzen begannen, etwas Besonderes in deinem Leben passiert?

- NEIN
- JA

Wenn **JA**, was ist passiert?

- warst du krank?
- hattest du einen Sturz?
- seid Ihr umgezogen, in eine andere Stadt oder ein anderes Haus?
- hast du die Schule gewechselt?
- ist dein/e bester Freund/beste Freundin umgezogen?
- wurdest du in der Schule gemobbt?
- haben sich deine Eltern getrennt?
- Anderes

.....
.....
.....

16) Haben dich deine Kopfschmerzen in den letzten 3 Monaten daran gehindert, Dinge zu tun, die du gerne getan hättest, z. B. Zeit mit Freunden zu verbringen, Spiele zu spielen, Spaß zu haben oder Sport zu betreiben?

- NEIN
- JA

Wenn **JA** was genau?

.....
.....

17) Haben dich deine Kopfschmerzen in den letzten 3 Monaten daran gehindert, die Schule zu besuchen?

- NEIN
- JA, ich war nicht in der SchuleTage

18) Gibt es noch andere Dinge, die du uns über dich oder deine Kopfschmerzen erzählen möchtest oder die dir wichtig erscheinen?

.....
.....
.....
.....

DANKE

NAME UND VORNAME

GEBURTSDATUM:

Für weitere Fragen schreiben oder rufen Sie bitte an:

Dienst für Kinder- und Jugendneurologie und Rehabilitation:

E-mail: infnp.i.bz@sabes.it

Tel: 0471-438868 | Mo./Fr. 8.30-13.00 / 14.00-16.00 Uhr

Questionario cefalea per adolescenti

Ciao,

prima della visita ti chiediamo gentilmente di rispondere a queste domande che ci servono per capire il tuo mal di testa e per aiutarti a curarlo.

Alcune domande ti potranno sembrare poco importanti e non collegate al tuo mal di testa, ma, trattandosi di un problema complesso, anche piccoli dettagli apparentemente senza importanza, sono utili per capire il tuo mal di testa e consigliarti cosa fare.

Tutte le informazioni raccolte con questo questionario e durante le nostre visite rimarranno strettamente confidenziali.

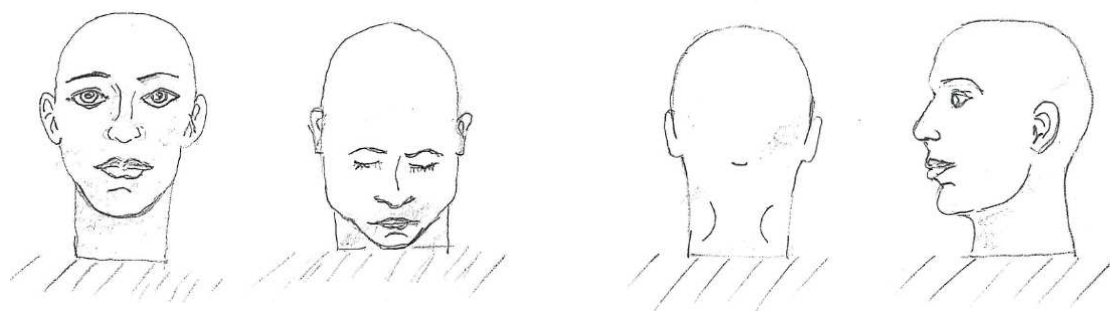
Tutto chiaro?

Se hai dei dubbi non esitare a chiedere chiarimenti al momento della visita.

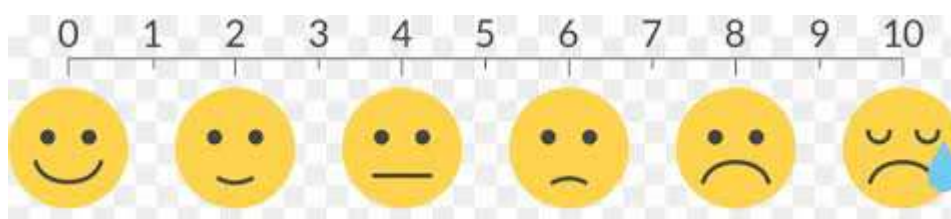
1) La testa ti fa male in un punto particolare?

- NO
- SÌ

- Se hai risposto **SÌ** segna nella figura dove



2) Quanto forte è il tuo mal di testa?



3) Per il mal di testa devi interrompere le tue attività, anche quelle preferite?

- NO
- SÌ

Se hai risposto **SÌ** scrivi quali

.....
.....
.....

4) Il tuo mal di testa?

- pulsa come un cuore
- stringe come un casco /cerchio
- punge come un ago
- è improvviso

5) Puoi fare un disegno del tuo mal di testa?

- NO
- SÌ

6) Quanto dura il tuo mal di testa?

- Minuti Quanti?.....
- Ore Quante?.....
- Giorni Quanti?.....
- Tutto il giorno

7) Quanto spesso hai mal di testa?

- una volta al mese
- una volta alla settimana
- una volta al giorno
- in continuazione
- più volte al mese
- più volte alla settimana
- più volte al giorno

8) Quando hai mal di testa?

- nel pomeriggio
- alla sera
- al mattino al risveglio
- prima di andare a scuola
- a scuola
- dopo la scuola
- anche quando non vado a scuola
- di notte
- in continuazione
- altro.....

.....
.....
.....

9) Quando hai mal di testa, hai anche altri disturbi?

- NO
- SÌ

Se hai risposto **SÌ** quali?

- mi danno fastidio i rumori forti
- mi danno fastidio le luci
- mi danno fastidio certi odori
- il mal di testa peggiora se mi muovo o faccio attività sportiva
- ho la sensazione di dover vomitare
- vomito
- faccio fatica a concentrarmi
- ho dolori addominali
- mi gira la testa
- vedo male
- sento un formicolio ad una mano
- ho il naso chiuso
- mi lacrima un occhio
- altro?

.....
.....
.....

10) Prima del mal di testa hai qualche disturbo?

- NO
- SÌ

Se hai risposto **SÌ**, che disturbi hai prima che inizi il mal di testa?

- mi sento stanco
- ho molta fame
- sono di cattivo umore
- non riesco a concentrarmi
- vedo lampi di luce, immagini scintillanti, stelline, linee a zig-zag
- sento un formicolio alle mani
- altro

.....
.....

11) Cosa peggiora il tuo mal di testa?

- sforzo fisico, per esempio salire le scale, correre, fare sport
- rumori
- stare seduto a lungo in una stanza con le finestre chiuse
- se gioco a lungo con videogame
- se sto a lungo al sole
- se bevo poco
- se ho stress per i compiti in classe
- se mi arrabbio o litigo con qualcuno
- se mi annoio
- se dormo poco
- quando cambia il tempo
- con i colpi di tosse
- altro

.....
.....

12) Con cosa migliora il tuo mal di testa?

- con il riposo
- con il sonno
- se esco all'aria aperta
- se faccio sport
- se esco con gli amici
- se guardo la televisione
- se gioco al computer
- altro

.....

.....

13) Cosa fai quando hai mal di testa?

.....

.....

.....

14) Contro il mal di testa prendi farmaci?

- NO
- SÌ

Se **SÌ**, che tipo di farmaci?

.....

.....

.....

15) Nel periodo in cui è iniziato il tuo mal di testa, è successo qualcosa di particolare nella tua vita?

- NO
- SÌ

Se **SÌ**, cosa è successo in particolare?

- eri ammalato
- sei caduto?
- avete cambiato città o casa?
- hai cambiato scuola
- il tuo migliore amico si è trasferito
- a scuola i tuoi compagni hanno iniziato a prendermi in giro
- i tuoi genitori si sono separati
- altro

.....

.....

.....

16) Negli ultimi 3 mesi il tuo mal di testa ti ha impedito di fare cose che avresti voluto fare, come ad es. stare con gli amici, giocare, divertirti, fare sport?

- NO
- SÌ

Se **SÌ**, che cosa in particolare?

.....
.....

17) Negli ultimi 3 mesi il tuo mal di testa ti ha impedito di andare a scuola?

- NO
- SÌ, infatti NON sono andato a scuola per giorni

18) Ci sono altre cose che vorresti dirci su di te o sui tuoi mal di testa, o che ti sembrano importanti?

.....
.....
.....
.....

GRAZIE

NOME COGNOME

DATA DI NASCITA:

Per ulteriori domande o chiarimenti scrivete o telefonate a:

Servizio di Neurologia e
Riabilitazione dell'età evolutiva:

e-mail: infnp.i.bz@sabes.it

Tel: 0471-438868 | lun./ven. 8.30-13.00 / 14.00-16.00