Questionario anamnestico per il mal di testa:

* a che età ha avuto il suo primo mal di testa?
* a che età il mal di testa è diventato problematico?
* in che parti della testa o del collo si localizzava il mal di testa?
* indichi il tipo di dolore:
	+ pulsatile-intermittente (come il battito del cuore)
	+ compressivo-costrittivo (come un peso o una morsa)
	+ altro: …
* il mal di testa peggiorava con il movimento o con gli sforzi?
* si associavano altri sintomi al mal di testa:
	+ nausea/vomito
	+ fastidio alla luce, a rumori o a odori
	+ vertigini o instabilità
	+ difficoltà di concentrazione
	+ spossatezza
* ha mai avuto disturbi visivi o di altro tipo nell’ora precedente il mal di testa? (descrivere il tipo di disturbo)
* ci sono fattori che aumentano la probabilità di insorgenza del mal di testa?
	+ cibi
	+ saltare pasti
	+ bere poca acqua
	+ cicli mestruali, ovulazione, sospensione della pillola estro/progestinica
	+ caffeina
	+ alcol
	+ stress
	+ eccesso o riduzione di sonno
	+ forti stimoli luminosi/sonori/odorosi
	+ attività fisica
	+ tossire/starnutire
	+ cambiamenti meteorologici
	+ lunghi viaggi
	+ quanti giorni al mese soffriva di mal di testa?
	+ quanti giorni al mese usava farmaci per il mal di testa?
	+ qual era il massimo livello di dolore durante gli attacchi di mal di testa da 0 a 10?
* quando ha iniziato il trattamento odontoiatrico?
* NEI 6 MESI PRIMA DEL TRATTAMENTO ODONTOIATRICO:
	+ in quanti giorni al mese ha sofferto di mal di testa?
	+ in quanti giorni al mese ha usato farmaci per il mal di testa?
	+ da 0 a 10, indichi il dolore massimo causato dal mal di testa.
* DOPO 6 MESI DI TRATTAMENTO ODONTOIATRICO:
	+ in quanti giorni al mese ha sofferto di mal di testa?
	+ in quanti giorni al mese ha usato farmaci per il mal di testa?
	+ da 0 a 10, indichi il dolore massimo causato dal mal di testa.
* DURANTE LO SCORSO MESE:
	+ in quanti giorni ha sofferto di mal di testa?
	+ in quanti giorni ha utilizzato farmaci per il mal di testa?
	+ da 0 a 10, indichi il dolore massimo causato dal mal di testa.

QUESTIONARIO MIDAS

NEI 3 MESI PRIMA DEL TRATTAMENTO ODONTOIATRICO:

* quanti giorni non è potuto andare al lavoro o a scuola per il mal di testa? \_\_\_\_\_
* per quanti giorni ha dovuto ridurre almeno della metà la sua attività lavorativa per il mal di testa ? (Non tenga conto degli eventuali giorni in cui non ha potuto andare al lavoro o a scuola che siano già stati riportati nella precedente risposta) \_\_\_\_\_
* per quanti giorni non ha potuto svolgere, a causa del mal di testa, le attività che svolge abitualmente a casa ? \_\_\_\_
* per quanti giorni ha dovuto ridurre, a causa del mal di testa, di almeno la metà le attività che svolge abitualmente a casa ? *(Non includa gli eventuali giorni conteggiati nella risposta precedente nei quali non abbia potuto svolgere le abituali attività che svolge a casa ) \_\_\_\_*
* per quanti giorni ha dovuto rinunciare ai contatti sociali o familiari a causa del mal di testa ? \_\_\_\_

NEI 3 MESI DOPO IL TRATTAMENTO ODONTOIATRICO:

* quanti giorni non è potuto andare al lavoro o a scuola per il mal di testa? \_\_\_\_\_
* per quanti giorni ha dovuto ridurre almeno della metà la sua attività lavorativa per il mal di testa ? (Non tenga conto degli eventuali giorni in cui non ha potuto andare al lavoro o a scuola che siano già stati riportati nella precedente risposta) \_\_\_\_\_
* per quanti giorni non ha potuto svolgere, a causa del mal di testa, le attività che svolge abitualmente a casa ? \_\_\_\_
* per quanti giorni ha dovuto ridurre, a causa del mal di testa, di almeno la metà le attività che svolge abitualmente a casa ? *(Non includa gli eventuali giorni conteggiati nella risposta precedente nei quali non abbia potuto svolgere le abituali attività che svolge a casa ) \_\_\_\_*
* per quanti giorni ha dovuto rinunciare ai contatti sociali o familiari a causa del mal di testa ? \_\_\_\_

NEGLI ULTIMI 3 MESI:

* quanti giorni non è potuto andare al lavoro o a scuola per il mal di testa? \_\_\_\_\_
* per quanti giorni ha dovuto ridurre almeno della metà la sua attività lavorativa per il mal di testa ? (Non tenga conto degli eventuali giorni in cui non ha potuto andare al lavoro o a scuola che siano già stati riportati nella precedente risposta) \_\_\_\_\_
* per quanti giorni non ha potuto svolgere, a causa del mal di testa, le attività che svolge abitualmente a casa ? \_\_\_\_
* per quanti giorni ha dovuto ridurre, a causa del mal di testa, di almeno la metà le attività che svolge abitualmente a casa ? *(Non includa gli eventuali giorni conteggiati nella risposta precedente nei quali non abbia potuto svolgere le abituali attività che svolge a casa ) \_\_\_\_*
* per quanti giorni ha dovuto rinunciare ai contatti sociali o familiari a causa del mal di testa ? \_\_\_\_

QUESTIONARIO HIT-6

PRIMA DEL TRATTAMENTO ODONTOIATRICO:

* Quando aveva mal di testa, quanto spesso il dolore era forte?
	+ mai
	+ raramente
	+ qualche volta
	+ molto spesso
	+ sempre
* Quanto spesso il mal di testa limitava la sua capacità di svolgere le attività quotidiane abituali, compresi i lavori di casa, il lavoro, lo studio o le attività con gli altri?
	+ mai
	+ raramente
	+ qualche volta
	+ molto spesso
	+ sempre
* Quando aveva mal di testa, quanto spesso voleva potersi sdraiare?
	+ mai
	+ raramente
	+ qualche volta
	+ molto spesso
	+ sempre
* Nel mese precedente il trattamento odontoiatrico, quanto spesso si è sentito/a troppo stanco/a per lavorare o per svolgere le sue attività quotidiane, a causa del mal di testa?
	+ mai
	+ raramente
	+ qualche volta
	+ molto spesso
	+ sempre
* Nel mese precedente il trattamento odontoiatrico, quanto spesso ha avuto la sensazione di non poterne più o si è sentito/a irritato/a, a causa del mal di testa?
	+ mai
	+ raramente
	+ qualche volta
	+ molto spesso
	+ sempre
* Nel mese precedente il trattamento odontoiatrico, quanto spesso il mal di testa ha limitato la sua capacità di concentrarsi sul lavoro o sulle attività quotidiane?
	+ mai
	+ raramente
	+ qualche volta
	+ molto spesso
	+ sempre

ATTUALMENTE:

* Quando ha mal di testa, quanto spesso il dolore era forte?
	+ mai
	+ raramente
	+ qualche volta
	+ molto spesso
	+ sempre
* Quanto spesso il mal di testa limita la sua capacità di svolgere le attività quotidiane abituali, compresi i lavori di casa, il lavoro, lo studio o le attività con gli altri?
	+ mai
	+ raramente
	+ qualche volta
	+ molto spesso
	+ sempre
* Quando ha mal di testa, quanto spesso vorrebbe potersi sdraiare?
	+ mai
	+ raramente
	+ qualche volta
	+ molto spesso
	+ sempre
* Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso si è sentito/a troppo stanco/a per lavorare o per svolgere le sue attività quotidiane, a causa del mal di testa?
	+ mai
	+ raramente
	+ qualche volta
	+ molto spesso
	+ sempre
* Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso ha avuto la sensazione di non poterne più o si è sentito/a irritato/a, a causa del mal di testa?
	+ mai
	+ raramente
	+ qualche volta
	+ molto spesso
	+ sempre
* Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso il mal di testa ha limitato la sua capacità di concentrarsi sul lavoro o sulle attività quotidiane?
	+ mai
	+ raramente
	+ qualche volta
	+ molto spesso
	+ sempre