

I PARTE

Código |__|__|__|__|__| (A ATRIBUIR PELO INVESTIGADOR)

Assinale com um xis (X) a sua resposta às questões seguintes. Se tiver algumas dúvidas ou se no seu caso as questões não se adequam à sua situação, escreva-o nas observações.

1 - Sexo Masculino |__| Feminino |__|

2 - Iniciais do nome: _____

3 - Data de nascimento: |__|__| _____

4 - Peso (em Kg):

5 - Altura (em cm):

6 - Estado civil

Solteiro (a) |__|

Casado(a) |__|

Outro |__|

7 - Licenciatura e respectivo ano:

8 - É atleta? Se sim, descreva a modalidade e nível competitivo.

9 - Faz regularmente exercício físico (desporto, ginásio, etc)? Sim |__|; Não |__|

10 - Se respondeu afirmativamente à pergunta anterior, refira:

Modalidade de exercício: _____

Número de vezes por semana: _____

Duração de cada sessão de exercício: _____

11 - É fumador? Não |__|

Sim |__| - escolha a opção mais correcta:

nem todos os dias: |__|; < 10 cigarros/dia |__|; 10-20 cigarros/dia |__|; > 20 cigarros/dia: |__|

12 - Consome bebidas alcoólicas? (escolha a/as opções correctas)

Nenhumas: |__|

Durante a semana de trabalho, às refeições: |__|

Durante a semana de trabalho, fora das refeições: |__|

Ao fim de semana: |__|

Em ocasiões especiais: |__|

II PARTE

Pode assinalar com um xis (X), a opção que melhor se adequa à sua situação. Pode em certos casos considerar várias opções se considerar que melhor descrevem a sua situação.

1. Já alguma vez teve dores de cabeça? Não |__| Sim |__|

Se respondeu NÃO, passe para a QUESTÃO N° 18

2. Com que idade começou a ter dores de cabeça? |__|__| Anos

3. Há quanto tempo teve dores de cabeça pela última vez? _____

4.1. Como são as dores?

| | Sem medicação | Com medicação |
|---|------------------|------------------|
| Constantes, isto é, estão sempre presentes. | __ | __ |
| Periódicas, isto é, surgem por crises, acessos ou ataques | __ | __ |
| Esporádicas, isto é, surgem só raramente. | __ | __ |

4.2. Qual é a frequência média das crises dolorosas? (Assinale a opção que lhe parecer mais correcta)

Todos os dias (contínuas) |__|__| N° dias/Semana |__|__| N° dias/Mês |__|__| N° dias/Ano |__|__|

Com ou sem medicação? _____

4.3. As crises são habitualmente do mesmo tipo? Não |__| Sim |__|

4.4. Nas crises, as dores são de que tipo? (Pode assinalar mais que um tipo)

Tipo de dor

| | | |
|-----------------------------|----|-----------------|
| Latejante ou pulsátil | __ | |
| Peso ou pressão ou aperto | __ | |
| Espetada, picada ou guinada | __ | |
| Queimor ou ardor | __ | |
| Outros | __ | Descreva: _____ |

4.4.1 Se considerou mais que um tipo de dor, qual o que o(a) incomoda mais, por ordem crescente?

1°. _____ 2°. _____

Caracterize a sua dor (1° ou 2° tipo), de acordo com o que lhe é solicitado nas questões seguintes, até à questão n° 12.

Se considerou mais que um tipo por favor caracterize-o no espaço reservado para o efeito.

4.5. Já teve pelo menos 5 episódios do mesmo tipo? 1°Tipo Não |__| Sim |__| 2° Tipo Não |__| Sim |__|

4.6. Já teve pelo menos 10 crises do mesmo tipo? 1°Tipo Não |__| Sim |__| 2° Tipo Não |__| Sim |__|

4.7. Já teve várias crises idênticas no mesmo dia? 1°Tipo Não |__| Sim |__| 2°Tipo Não |__| Sim |__|

5.1. Onde se localiza a dor? (Pode assinalar várias opções)

1° Tipo |__| Órbita |__| Fronte |__| Nuca |__| Vertex |__| Têmpora |__| Outro (Qual?) _____

2° Tipo |__| Órbita |__| Fronte |__| Nuca |__| Vertex |__| Têmpora |__| Outro (Qual?) _____

5.2. De que lado? (Pode assinalar várias opções)

1ºTipo |__| Direito |__| Esquerdo |__| Bilateral |__| **2ºTipo** |__| Direito |__| Esquerdo |__| Bilateral |__|

5.3. A dor muda de lado nas diferentes crises? 1ºTipo Não |__| Sim |__| **2ºTipo** Não |__| Sim |__|

6. A intensidade da dor é suficiente para:

| 1º Tipo | | | 2º Tipo | | |
|---|------------------|------------------|---|------------------|------------------|
| | Sem medicação | Com medicação | | Sem medicação | Com medicação |
| Incomodar sem impedir a actividade | __ | __ | Incomodar sem impedir a actividade | __ | __ |
| Perturbar e/ou interromper temporariamente a actividade | __ | __ | Perturbar e/ou interromper temporariamente a actividade | __ | __ |
| Impedir a actividade e/ou obrigar a acamar | __ | __ | Impedir a actividade e/ou obrigar a acamar | __ | __ |
| Muito variável de crise para crise | __ | __ | Muito variável de crise para crise | __ | __ |

7.1. Quanto tempo dura habitualmente a dor, sem tratamento? (Quantifique, se for possível)

1ºTipo |__|__| Segundos |__|__| Minutos |__|__| Horas |__|__| Dias

2ºTipo |__|__| Segundos |__|__| Minutos |__|__| Horas |__|__| Dias

7.2. Quanto tempo dura habitualmente a dor, com tratamento? (Quantifique, se for possível)

1º Tipo |__|__| Segundos |__|__| Minutos |__|__| Horas |__|__| Dias

2º Tipo |__|__| Segundos |__|__| Minutos |__|__| Horas |__|__| Dias

8. Quando tem dores de cabeça fica: 1ºTipo Sossegado (a) |__| Agitado (a) |__|

2ºTipo Sossegado (a) |__| Agitado (a) |__|

9.1. Presente quando vai ter a dor? 1º Tipo Não |__| Sim |__| **2ºTipo** Não |__| Sim |__|

Se respondeu NÃO passe para a QUESTÃO N° 9.3

9.2. Antes da dor, nota alguns dos sintomas (pelo menos em dois ataques)?

| 1º Tipo | | 2º Tipo |
|--------------------------------------|----|--|
| Mal-estar geral | __ | Mal-estar geral __ |
| Irritabilidade | __ | Irritabilidade __ |
| Sede | __ | Sede __ |
| Apetite exagerado | __ | Apetite exagerado __ |
| Bocejo ou sonolência | __ | Bocejo ou sonolência __ |
| Visão enevoada | __ | Visão enevoada __ |
| Cintilações, linhas em paliça | __ | Cintilações, linhas em paliça __ |
| Manchas escuras ou linhas | __ | Manchas escuras ou linhas __ |
| Formigueiro (lábios, língua ou mãos) | __ | Formigueiro (lábios, língua ou mãos) __ |
| Adormecimento | __ | Adormecimento __ |
| Fraqueza dos membros | __ | Fraqueza dos membros __ |
| Dificuldade em nomear objectos | __ | Dificuldade em nomear objectos __ |
| Zumbidos, vertigens | __ | Zumbidos, vertigens __ |
| Visão dupla | __ | Visão dupla __ |
| Outro (Quais?) _____ | __ | Outro (Quais?) _____ __ |

9.2.1 São todos reversíveis? 1º Tipo Não |__| Sim |__| 2º Tipo Não |__| Sim |__|

9.2.2. Em quanto tempo?.....

9.3. Com a dor nota algum dos seguintes sinais/sintomas? (Pode assinalar várias opções)

| | 1º Tipo | | | | 2º Tipo | | | | |
|--------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------------------------------|-----------|-----------|-----------|----|
| | Sem | | Com | | Sem | | Com | | |
| | medicação | medicação | medicação | medicação | medicação | medicação | medicação | medicação | |
| | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | |
| Náuseas | __ | __ | __ | __ | Náuseas | __ | __ | __ | __ |
| Anorexia | __ | __ | __ | __ | Anorexia | __ | __ | __ | __ |
| Vómitos | __ | __ | __ | __ | Vómitos | __ | __ | __ | __ |
| Fotofobia (intolerância à luz) | __ | __ | __ | __ | Fotofobia (intolerância à luz) | __ | __ | __ | __ |
| Fonofobia (intolerância ao ruído) | __ | __ | __ | __ | Fonofobia (intolerância ao ruído) | __ | __ | __ | __ |
| Osmofobia (intolerância aos cheiros) | __ | __ | __ | __ | Osmofobia (intolerância aos cheiros) | __ | __ | __ | __ |
| Outros (Quais?) _____ | __ | __ | __ | __ | Outros (Quais?) _____ | __ | __ | __ | __ |

10. As dores de cabeça são provocadas por? (Pode assinalar várias opções)

| 1º Tipo | | 2º Tipo | |
|--|----|--|----|
| Certas posições de cabeça | __ | Certas posições de cabeça | __ |
| Actividade física ligeira (de rotina) | __ | Actividade física ligeira (de rotina) | __ |
| Actividade física moderada | __ | Actividade física moderada | __ |
| Actividade física intensa (exercício físico intenso) | __ | Actividade física intensa (exercício físico intenso) | __ |
| Variações climáticas | __ | Variações climáticas | __ |
| Variações do sono | __ | Variações do sono | __ |
| Menstruação | __ | Menstruação | __ |
| Fome | __ | Fome | __ |
| Stresse | __ | Stresse | __ |
| Certos alimentos (Quais?) _____ | __ | Certos alimentos (Quais?) _____ | __ |
| Bebidas alcoólicas (Quais?) _____ | __ | Bebidas alcoólicas (Quais?) _____ | __ |
| Outros (Quais?) _____ | __ | Outros (Quais?) _____ | __ |

10.1. As dores de cabeça são provocadas apenas pelo exercício físico? Sim |__|; Não |__|

11. A dor agrava-se com alguns dos seguintes factores?

| 1º Tipo | | 2º Tipo | | | |
|---|-----|---------|---|-----|----|
| | SIM | NÃO | SIM | NÃO | |
| Actividade física de rotina (subir escadas, marcha) | __ | __ | Actividade física de rotina (subir escadas, marcha) | __ | __ |
| Actividade física moderada a intensa | __ | __ | Actividade física moderada a intensa | __ | __ |
| Calor intenso | __ | __ | Calor intenso | __ | __ |
| Ruído intenso | __ | __ | Ruído intenso | __ | __ |
| Luz intensa e/ou luz solar | __ | __ | Luz intensa e/ou luz solar | __ | __ |
| Outros (Quais?) _____ | __ | __ | Outros (Quais?) _____ | __ | __ |

12. As dores de cabeça aparecem mais vezes durante:

| 1º Tipo | | 2º Tipo | |
|------------------------------|----|------------------------------|----|
| Fim de semana ou férias | __ | Fim de semana ou férias | __ |
| Dias de aulas | __ | Dias de aulas | __ |
| Período menstrual | __ | Período menstrual | __ |
| Estação do ano (Qual?) _____ | __ | Estação do ano (Qual?) _____ | __ |
| O tempo húmido | __ | O tempo húmido | __ |
| Outros? (Quais?) _____ | __ | Outros? (Quais?) _____ | __ |

13. Já recorreu ao médico por causa das dores da cabeça? Não |__| Sim |__|

Se respondeu NÃO, passe para a QUESTÃO N.º 14

Se Sim, há quanto tempo? |__|__| Dias |__|__| Semanas |__|__| Meses |__|__| Anos

13.1 Que tipo de médico consultou? (Pode assinalar várias opções)

Clínico geral |__|
Neurologista |__|
Psiquiatra |__|
Outro |__| Qual? _____

14. Já fez algum exame por causa das dores de cabeça? Não |__| Sim |__|

15.1. Já usou medicamentos para tratar dores de cabeça? Não |__| Sim |__|

Se respondeu NÃO, passe para a QUESTÃO N.º 17

Se respondeu Sim, indique: (pode assinalar várias opções)

Receitados pelo médico |__|
Por iniciativa própria |__|
Por conselho de amigos/familiares |__|
Por conselho do farmacêutico |__|
Por outros motivos |__| Quais? _____

15.2. Já tomou medicamentos para:

Tratar? |__| OU Evitar as crises? |__|

• Se tomou medicamentos para **Tratar** a crise, indique quais usou:

Triptanos (Zomig®, Naramig®, Almogran®, Imigran®) |__|

Ergotamina (Avamigran®, Migretel®) |__|

Analagésicos ou Anti-inflamatórios não esteróides (Ácido acetilssalicílico, Paracetamol, Nimesulide, Ibuprofeno, Naproxeno, etc) |__|

Outros |__| Quais? _____

• Durante um mês, toma habitualmente: < 10 comp. |__| 10-15 comp. |__| > 15 comp. |__|

• Se tomou medicamentos para **Evitar** as crises, indique quais usou:

| | |
|---|------------------|
| Propanolol (Inderal®) | __ |
| Flunarizina (Sibelium®) | __ |
| 5- HTP (Cincofarm®) | __ |
| Antidepressivos (Tryptizol®, Tolvon®, Fluoxetina®, Zoloft®) | __ |
| Anti epilépticos (Diplexil®, Topamax®) | __ |
| Outros | __ Quais? _____ |

16. Já usou algum dos seguintes tratamentos não farmacológicos (sem medicamentos)?

|__| Acupunctura |__| Fisioterapia |__| Homeopatia |__| Relaxamento

|__| Outra terapia não farmacológica |__| Qual? _____

Nenhum tratamento não farmacológico (sem medicamentos) |__|

17. Já faltou ao trabalho escolar por causa da dor de cabeça? Não |__| Sim |__|

Se respondeu **Sim**, indique a frequência:

Nº de dias no último mês |__|__| OU Nº de dias no último ano |__|__|

17.1. A dor está relacionada com a sua actividade na Faculdade? Não |__| Sim |__|

Se respondeu **Sim**, exponha os **factores** que, na sua opinião, concorrem para este facto:

18. Alguém da sua família sofre de dores de cabeça? Não |__| Sim |__|

Se respondeu **Sim**, indique:

| | | |
|----------------|----|--------------|
| Do lado da mãe | __ | |
| Do lado do pai | __ | |
| Ambos os lados | __ | |
| Outros | __ | Quais? _____ |

19. Tem alguma das seguintes doenças?

| | SIM | NÃO | |
|-------------------------|-----|-----|--------------|
| Alergias | __ | __ | |
| Tensão arterial elevada | __ | __ | |
| Reumatismo | __ | __ | |
| Depressão | __ | __ | |
| OUTRAS | __ | __ | QUAIS? _____ |

20. OBSERVAÇÕES: (se pretender acrescentar mais alguma informação, pode também fazê-lo neste espaço)

III PARTE

Por favor responda às seguintes questões sobre **TODAS** as cefaleias que teve nos **ÚLTIMOS TRÊS MESES**. Escreva a sua resposta a seguir a cada pergunta. Escreva **O (ZERO)** se não efectuou a actividade referida nos **ÚLTIMOS TRÊS MESES** (se necessário, recorra a um calendário)

1) Quantos dias de trabalho (dias de aulas) perdeu nos últimos três meses por causa das cefaleias?

|__|__| dias

2) Quando ainda conseguiu trabalhar, em quantos dias dos últimos três meses notou que a sua produtividade no trabalho (nas aulas) estava reduzida a metade ou mais, devido às cefaleias? (sem contar com os dias que considerou na pergunta 1) |__|__| dias

3) Em quantos dias, nos últimos três meses, teve de deixar de fazer os seus trabalhos de casa (estudo fora das aulas) por causa das cefaleias? |__|__| dias

4) Quando ainda foi capaz de fazer os seus trabalhos de casa, em quantos dias nos últimos três meses, o seu rendimento no trabalho de casa foi reduzido pela metade ou mais, devido às cefaleias? (sem contar com os dias que considerou na pergunta 3). |__|__| dias

5) Em quantos dias, nos últimos três meses, teve de faltar a actividades familiares, sociais ou de lazer por causa das cefaleias? |__|__| dias

A - Em quantos dias dos últimos três meses teve dor de cabeça? (Se a dor durou mais que um dia, conte cada um dos dias). |__|__| dias

B - Numa escala de 0 a 10, em média, qual é a intensidade das dores de cabeça? |__|

(0 = Nenhuma dor; 10 = Dor máxima possível)

Muito obrigado pelo tempo e apoio dispensado a preencher este questionário.