

Plan de seguimiento coordinado de las cefaleas Neurología Hospital Sant Joan de Déu - Pediatría Asistencia Primaria

Apellidos, Nombre: _____

Mes núm.: _____

(Este cuestionario ayudará a valorar el tratamiento más adecuado para su hijo/a. Debe rellenarlo durante 3 meses)

Día del mes (señalar festivos)	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do	EJEMPLO
¿Dónde duele? ⁽¹⁾																											21		
¿Cuánto ha durado el dolor? (en horas)																											0		
¿Te hacía mucho daño? ⁽²⁾																											5		
¿Te hacía mucho daño? ⁽²⁾																											7		
¿Has tenido que tomar analgésicos?																												
¿Respuesta a los analgésicos? ⁽³⁾																											R		
¿Te molestaba la luz?																												
¿Te molestaban los ruidos?																												
¿Tenías náuseas y/o vómitos?																												
¿Antes del dolor de cabeza tenías sensaciones en la vista? ⁽⁴⁾																											•		
¿Te has despertado por la noche con dolor de cabeza?																											•		
¿Has faltado a la escuela/instituto?																											•		
¿Has tenido que entrar tarde o salir antes de hora de la escuela/instituto?																											•		
¿Te ha afectado al rendimiento escolar?																												
¿Has tenido que dejar de hacer los deberes en casa?																												
¿Has tenido que dejar de jugar, hacer deporte o actividades sociales?																											•		
¿Has podido participar en juegos, deportes o actividades sociales pero con la capacidad habitual disminuida?																												

(1) T = toda la cabeza; F = en la frente; D = detrás; C = en un lado; 2C = en los lados; V = variable • (2) De 1 a 10 (1 = poquísimo; 10 = no se puede aguantar)

(3) B = buena; R = regular; D = mala. • (4) Lucecitas, visión borrosa, etc. Si la respuesta es sí, rellene el recuadro; si es no, ponga un punto.