

Pla de seguiment coordinat de les cefalees
Neurologia Hospital Sant Joan de Déu - Pediatria Assistència Primària

Cognoms, Nom: _____

Mes núm.: _____

(Aquest qüestionari ajudarà a valorar el tractament més adequat pel seu fill/a. Cal omplir-lo durant 3 mesos)

	Di	Dt	Dc	Dj	Dv	Ds	Dg	Di	Dt	Dc	Dj	Dv	Ds	Dg	Di	Dt	Dc	Dj	Dv	Ds	Dg	Di	Dt	Dc	Dj	Dv	Ds	Dg	EXEMPLE	
Dia del mes (senyalar festius)																														Dt 21
On fa mal? ⁽¹⁾																														C
Quant ha durat el dolor? (en hores)																														5
Et feia molt de mal? ⁽²⁾																														7
Has hagut de prendre analgèsics?																													
Resposta als analgèsics? ⁽³⁾																														R
Et molestava el llum?																													
Et molestaven els sorolls?																													
Tenies nàusees i/o vòmits?																													
Abans del mal de cap tenies sensacions a la vista? ⁽⁴⁾																														•
T'ha despertat a la nit el mal de cap?																														•
Has faltat a l'escola/institut?																														•
Has hagut d'entrar tard o sortir abans d'hora de l'escola/institut?																														•
T'ha afectat el rendiment escolar?																													
Has hagut de deixar de fer els deures a casa?																													
Has hagut de deixar de fer jocs, esports o activitats socials?																														•
Has pogut participar a jocs, esports o activitats socials però la capacitat habitual ha estat disminuïda?																													

(1) T = tot el cap; F = al front; D = al darrera; C = a un costat; 2C = als costats; V = variable • (2) De 1 a 10 (1 = poquíssim; 10 = no es pot aguantar)

(3) B = bona; R = regular; D = dolenta. • (4) Llumetes, visió borrosa, etc. Si la resposta és si, omple el requadre; si és no, posi un punt.