

# Il mal di testa: informazioni per il paziente prima della visita specialistica.

**DOTT. MICHELE VIANA**  
Medico Chirurgo  
Specialista in Neurologia  
Diagnosi e Terapia delle Cefalee  
sito internet: [www.lacefalea.info](http://www.lacefalea.info)  
Telefono: 3470740642  
Email: [michele.viana@ymail.com](mailto:michele.viana@ymail.com)

Questo opuscolo è destinato al paziente che si appresta ad affrontare una visita specialistica per il mal di testa.

Nonostante il mal di testa sia un disturbo invalidante e assai comune nella popolazione, per diversi motivi non viene sufficientemente considerato, talvolta anche dal paziente stesso. Con questo breve questionario il paziente potrà così iniziare a riflettere su alcune informazioni che verranno richieste dal medico durante la visita specifica per cefalee, permettendo di ricostruire al meglio la storia del suo mal di testa e di tutte le condizioni che ad esso possono essere legate. In questo modo si potrà arrivare ad una corretta diagnosi e alla prescrizione di una terapia mirata ed efficace.

Si consiglia inoltre di scaricare dal sito [www.lacefalea.info](http://www.lacefalea.info) anche il diario cefalee.

## Caratteristiche del mal di testa.

A che età ha avuto il suo primo mal di testa, di qualsiasi tipo?

A che età il mal di testa è diventato problematico?

Recentemente il suo mal di testa è peggiorato in intensità o frequenza? (se sì segnare quando)

Attualmente, quanti giorni al mese ha mal di testa (di qualsiasi intensità)?

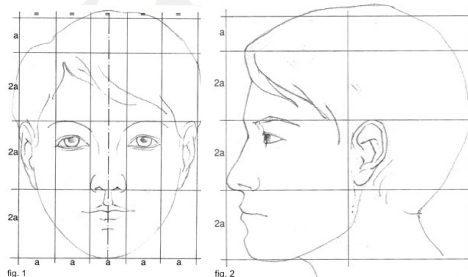
Da 0 a 10 qual'è l'intensità media del suo mal di testa?

Quanti giorni al mese i mal di testa sono più forti?

Da 0 a 10 quanto sono intensi questi mal di testa più forti?

In media, quanto dura un attacco di mal di testa?

In che sede ha il dolore (cerchiare zone)



Il dolore è da un lato solo o entrambi?

Che tipo di dolore è?

- pulsante-intermittente (come il battito del cuore)
- compressivo-costrittivo (come un peso/morsa)
- fitte
- altro.....

Il mal di testa peggiora con movimento/sforzi?

Si associano altri sintomi al mal di testa?

- Nausea
- Vomito
- Sensibilità/fastidio a luce
- Sensibilità/fastidio a rumori
- Sensibilità/fastidio a odori

Ha mai avuto disturbi visivi nell'ora precedente l'inizio del suo mal di testa?

Se sì, di che tipo?

Alcune ore prima dell'esordio del suo mal di testa le capita di avere alcuni di questi sintomi?

- sbadigli frequenti
- senso di instabilità o di vertigine
- stanchezza, spossatezza
- cambiamenti dell'umore
- sensazione di collo dolente/rigido.
- sensazione di non aver digerito bene / nausea
- fastidio a luci/rumori/odori.
- aumento della fame/sete
- difficoltà a concentrarsi / leggere / parlare.

Ci sono alcuni fattori che le sembra possono scatenare il suo mal di testa? Segnare quali

- cibi (formaggi, agrumi, cioccolato, contenenti glutammato monosodico,...
- digiuno/disidratazione
- cicli mestruali / fase di ovulazione / sospensione pillola
- caffeina
- alcol
- farmaci...
- stress/rilassamento dopo stress
- eccessivo sonno / poco sonno
- forti stimoli visivi / uditivi / olfattivi
- attività fisica (quale?)
- alcune posture / movimenti del collo
- tossire/starnutire
- cambiamenti meteorologici
- jetlag
- lunghi viaggi
- altitudine
- altri...

### Altre informazioni mediche

Oltre al mal di testa ha o ha avuto in passato altri problemi medici? Scriva quali.

Ha mai avuto traumi cranici?

Ha mai avuto traumi cervicali/colpi di frusta?

Dorme bene la notte?

Tra i suoi familiari, c'è qualcuno che ha sofferto di mal di testa, o altri dolori al collo o al volto?

Tra i suoi familiari qualcuno ha sofferto di malattie neurologiche, cardiache o altre malattie particolari?

**Dr. Michele Viana**  
**Medico Chirurgo**  
**Specialista in Neurologia**  
**Diagnosi e Terapia delle Cefalee**  
sito internet: [www.lacefalea.info](http://www.lacefalea.info)  
Telefono: [3470740642](tel:3470740642)  
Email: [michele.viana@ymail.com](mailto:michele.viana@ymail.com)

### Ha mai effettuato visite o esami per il suo mal di testa?

Esame		Data
Risonanza encefalo	<input type="checkbox"/>	
TAC encefalo	<input type="checkbox"/>	
RX cervicale	<input type="checkbox"/>	
Monitoraggio pressorio	<input type="checkbox"/>	
ECOdoppler	<input type="checkbox"/>	
ECOcardiogramma	<input type="checkbox"/>	
Visita oculistica	<input type="checkbox"/>	
V. Otorinolaringoiatrica	<input type="checkbox"/>	
Altro	<input type="checkbox"/>	

**NB: PORTARE REFERTI E IMMAGINI ALLA VISITA**

### Quali farmaci assume quotidianamente (scriva TUTTI i farmaci che assume, per qualsiasi patologia).

Farmaco	Dose	Quante volte al giorno?	Quando lo ha iniziato?

### In passato ha mai assunto farmaci preventivi per il mal di testa (prescritti da assumere tutti i giorni).

Farmaco	dose	Per quanto lo ha assunto?	Riduzione frequenza cefalea? (si/no)	Effetti collaterali? (si/no)

### Scriva tutti i farmaci (analgesici e non) che ha provato per alleviare i sintomi del suo mal di testa durante l'attacco

Farmaco	dose	Efficace?	Effetti collaterali? (si/no)

Se lo spazio per i farmaci non bastasse, produrre una copia di questo foglio e completare l'elenco