

Date:

1. Données du patient

Nom:

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone portable :

E-mail :

Médecin de famille:

Adressé par:

2. Données des maux de tête

-Avez-vous plusieurs types de mal de tête?

 Non Oui: Décrivez brièvement les différents types.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Continuez à décrire le mal de tête le plus important.***a) Connaissez-vous des périodes sans mal de tête?** Non Oui. Quand, dans quelle période? Pendant la grossesse En vacances En weekend Arbitraire Autre:**b) Premier mal de tête:**

Il y amois.....ans. J'avaisans.

c) Votre premier mal de tête était provoqué par? Je ne le sais pas. Première menstruation Un accident: Grossesse Autre:

.....

d) L'accès de la douleur est: Soudain Rapide Graduel Variable*À quel moment du jour:*

le matin

l'après-midi

le soir

la nuit

au réveil

variable

Quand le mal de tête se déclare-t-il le plus fréquemment ?

- En weekend En semaine En vacances
 Au printemps En été En automne En hiver

e) La fréquence ou le nombre de crises:

- Continu Par jour Par semaine Par mois Par an Au cours de la vie

f) La durée d'une crise.

Elle dureminutes heuresjours. AVEC médication.
Combien de rechutes en 24h?

Elle dureminutes heuresjours. SANS médication.
Combien de rechutes en 24h?

g) Le degré d'intensité

Quelle intensité a votre mal de tête sur une échelle d'1 à 10 ?

Au plus fort : Au moins fort:

En moyenne:

Est-elle plus intense pendant la menstruation? Oui Non

h) Localisation:

L'endroit:

- La tempe L'occiput Le côté Le front Autour de la tête
 L'œil L'oreille Le cou La mâchoire Autre:

Le côté:

- Droit
 Gauche
 Les deux
 Ça dépend

ça change de côté:

- Entre les crises
 Pendant une crise
 Les deux

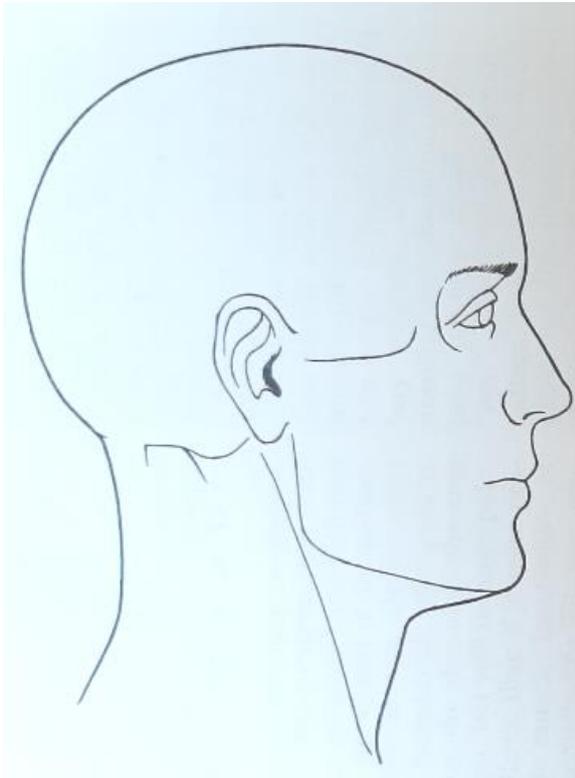
Le caractère:

- Pulsatile
 Lancinant
 Tendu
 Lourd
 Piquant

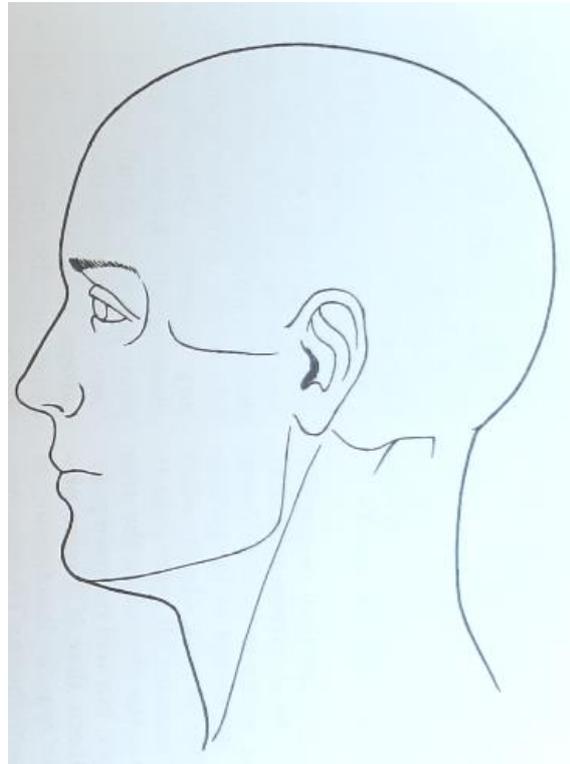
- Ecrasant
 Brûlant
 Poignant
 Montant en intensité
 Autre:

i) Quel est le point de départ de la douleur (notez avec 1) et comment s'irradie la douleur (notez avec 2, 3, 4...)?

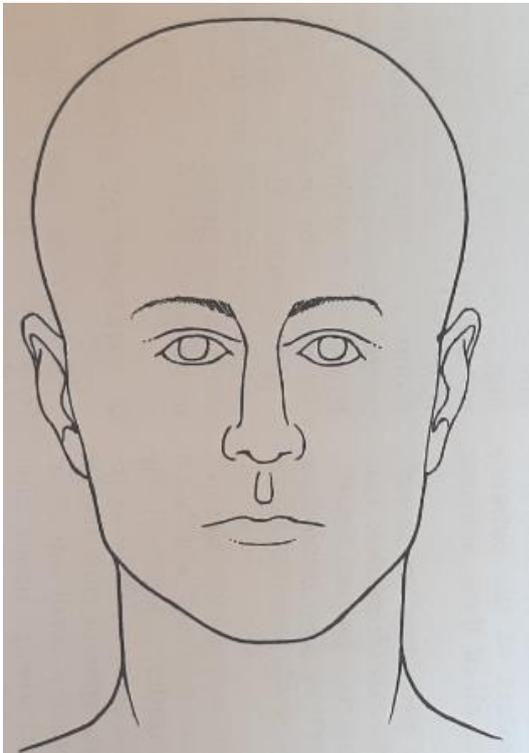
DROITE



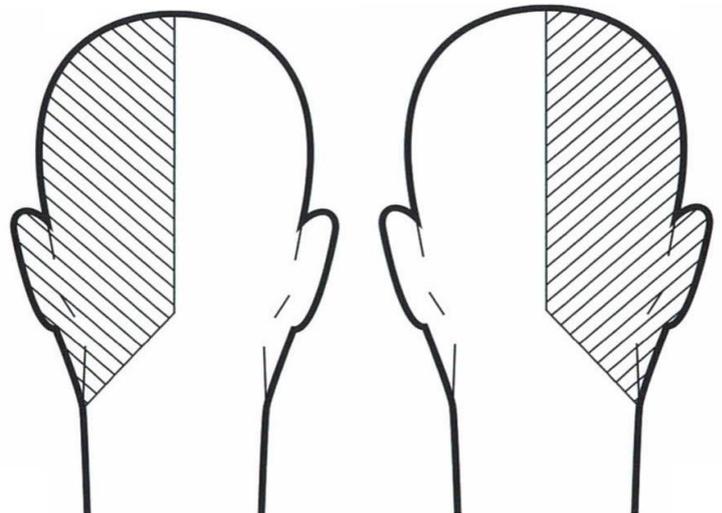
GAUCHE



AVANT



ARRIÈRE



Complétez pages 9 – 11.

j) L'activité pendant ou après une crise.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Un peu diminuée |
| <input type="checkbox"/> En moyenne diminuée | <input type="checkbox"/> Fortement diminuée |
| <input type="checkbox"/> Alitée | |

k) Symptômes accompagnants:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nausées | <input type="checkbox"/> Uriner fréquemment | <input type="checkbox"/> La nuque douloureuse |
| <input type="checkbox"/> Vomissements | <input type="checkbox"/> L'angoisse | <input type="checkbox"/> Le nez bouché |
| <input type="checkbox"/> Sensible à la lumière | <input type="checkbox"/> Les oreilles qui sifflent | <input type="checkbox"/> Le nez qui coule |
| <input type="checkbox"/> Sensible au bruit | <input type="checkbox"/> La vue vague | <input type="checkbox"/> La paupière tombante(D-G) |
| <input type="checkbox"/> Sensible aux odeurs | <input type="checkbox"/> L'oeil larmoyant (D-G) | <input type="checkbox"/> Changement de pupille
Dilatation- contraction |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> L'oeil rouge (D-G) | <input type="checkbox"/> Trouble de concentration |
| <input type="checkbox"/> Confusion | <input type="checkbox"/> Trouble de mémoire | |
| <input type="checkbox"/> Autre:..... | | |

l) Aura visuelle. (les symptômes avant la crise)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> La vue vague | <input type="checkbox"/> Perte de vue à 1 œil | <input type="checkbox"/> Vision tunnelaire |
| <input type="checkbox"/> Des scintillements | <input type="checkbox"/> Perte de vue à 1 côté | <input type="checkbox"/> Vision double |
| <input type="checkbox"/> Des lignes en zigzag | <input type="checkbox"/> La cécité complète | <input type="checkbox"/> Autre: |

Ces symptômes se propagent ?

- Oui, progressivement
 Non, ils commencent brusquement

Les symptômes visuels commencent avant le mal de tête commencent en même temps les deux durent au total :

De quelle durée est l'aura avant que le mal de tête ne commence ?

De quelle durée sont l'aura et le mal ensemble?

Si vous avez plusieurs symptômes d'aura, se passent-ils ensemble ?

- Oui Non, un par un

Avez vous l'aura visuel sans mal de tête ? Oui Non**m) L'aura sensoriel.**

- | | | |
|---|---|--|
| Les picotements | <input type="checkbox"/> Vertiges | <input type="checkbox"/> Faiblesse généralisée |
| <input type="checkbox"/> à droite | <input type="checkbox"/> Trouble de l'équilibre | <input type="checkbox"/> Difficulté d'élocution |
| <input type="checkbox"/> à gauche | <input type="checkbox"/> Tête étourdie ¹ | <input type="checkbox"/> Impossibilité de parler |
| <input type="checkbox"/> les deux côtés | <input type="checkbox"/> La paralysie d'un côté | <input type="checkbox"/> Autre: |

Ces symptômes se propagent ?

- Oui, progressivement
 Non, ils commencent brusquement

Les symptômes commencent avant le mal de tête commencent en même temps les deux durent au total :

¹ Si vous êtes souvent vertigineux, veuillez compléter le questionnaire vertige. Vous pouvez le trouver sur mon site web : <http://www.dr-paul-louis.be/fr/questionnaires/>.

De quelle durée est l'aura avant que le mal de tête ne commence ?

De quelle durée sont l'aura et le mal ensemble?

Si vous avez plusieurs symptômes d'aura, se passent-ils ensemble ?

Oui Non, un par un

Avez vous l'aura sensoriel sans mal de tête ? Oui Non

n) Les symptômes prémonitoires.

Avez-vous 1 ou plusieurs des symptômes suivants le jour avant ou quelques heures avant le début du mal de tête (et l'aura) ?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Euphorie | <input type="checkbox"/> Boulimie | <input type="checkbox"/> Appétit élevé |
| <input type="checkbox"/> Hyperactivité | <input type="checkbox"/> Sensibilité à la lumière | <input type="checkbox"/> Appétit diminué |
| <input type="checkbox"/> Bavard | <input type="checkbox"/> Sensibilité au bruit | <input type="checkbox"/> Sens de froid |
| <input type="checkbox"/> Le moral affligé | <input type="checkbox"/> Sensibilité aux odeurs | <input type="checkbox"/> Diarrhée |
| <input type="checkbox"/> L'irritation | <input type="checkbox"/> Difficultés d'élocution | <input type="checkbox"/> Constipation |
| <input type="checkbox"/> Faiblesse | <input type="checkbox"/> Bâillement excessif | <input type="checkbox"/> Tristesse |
| <input type="checkbox"/> Sommeil | <input type="checkbox"/> La nuque raide | <input type="checkbox"/> Uriner fréquemment |
| <input type="checkbox"/> Agitation | <input type="checkbox"/> Trouble de concentration | <input type="checkbox"/> Rétention des liquides |
| <input type="checkbox"/> Etourdissements ² | <input type="checkbox"/> Sens de mollesse | <input type="checkbox"/> Autre:..... |

o) Les facteurs provoquant :

La nourriture/La boisson :

- | | | | | |
|---|--|------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nitrates | <input type="checkbox"/> Chocolat | <input type="checkbox"/> Caféine | <input type="checkbox"/> Aspartame | <input type="checkbox"/> Sauter un repas |
| <input type="checkbox"/> Alcool | <input type="checkbox"/> Vin rouge | <input type="checkbox"/> Vin blanc | <input type="checkbox"/> Fromage | |
| <input type="checkbox"/> Monosodium glutamate | <input type="checkbox"/> Autre : | | | |

Les efforts physiques:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Faire des exercices | <input type="checkbox"/> Les rapports sexuels |
| <input type="checkbox"/> Mâcher | <input type="checkbox"/> Tousser |
| | <input type="checkbox"/> Pression pour déféquer |

Hormonale:

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| La menstruation: | <input type="checkbox"/> Avant | <input type="checkbox"/> Pendant | <input type="checkbox"/> Après |
| <input type="checkbox"/> La grossesse | <input type="checkbox"/> La ménopause | | |

Le stress:

- Professionnel Conjugal Familial Autre:.....

Les facteurs d'environnement:

- Conditions atmosphériques L'altitude La lumière du soleil
 L'allergie Autre:

Le sommeil

- Manque de sommeil Trop de sommeil La transition du sommeil au réveil

Autre:

.....

² Si vous êtes souvent vertigineux, veuillez compléter le questionnaire vertige. Vous pouvez le trouver sur mon site web : <http://www.dr-paul-louis.be/fr/questionnaires/>.

o) Les facteurs soulageant :

- Se reposer Chambre noir et silence Un massage
- Compresse chaude Compresse froide La grossesse
- Rester actif Rester debout Autre:

3. Qualité de la vie

- Mon appétit est: élevé diminué inchangé
- Mon moral est: mieux plus mauvais inchangé

- Mon état psychique peut être décrit comme :
- anxieux tranquille euphorique
 - irritable dépressif

- Je dors..... heures par nuit.
- Des difficultés pour 's endormir: Oui Non
 - Le mal de tête me réveille: Oui Non
 - Je m' éveille avec mal de tête: Oui Non
 - Il y a des difficultés sexuelles: Oui Non

- Le mal de tête provoque:
- Absence au travail:jours par mois.
 - Absence à l'école:jours par mois
 - Absence aux activités sociales, familiales: jours par mois.

4. Traitement actuel

- Pour le mal de tête (y compris les **analgésiques** + nombre par jour ou par semaine):

.....

.....

.....

.....

.....

- Autres médicaments:

.....

.....

.....

.....

.....

- Contraception actuelle:

.....

.....

- Pour la crise:

Nom du médicament (pour les crises)	Dosage	Combien de fois	Effets secondaires
<i>Exemple: Sumatriptan</i>	<i>50 mg</i>	<i>8 par mois</i>	<i>palpitations</i>

- Contraception précédente:

.....

6. Les antécédents:**a) Antécédents personnels (sauf le mal de tête):**

.....

b) Antécédents familiaux:

- Le mal de tête chez les membres de la famille:
-
-
-
- Les antécédents médicaux importants chez les membres de la famille:.....
-
-
-

7. Les éléments de la vie sociale et du style de vie

Je vis dans une famille de personnes et j'ai enfant(s).

Formation:

Métier:.....

Je bois tasses de café ou thé par jour.

Je bois boissons alcoolisées :

par jour

par semaine

par mois

Je fume.....cigarettes par jour.

Je fais du sport ou je fais des exercices physique:

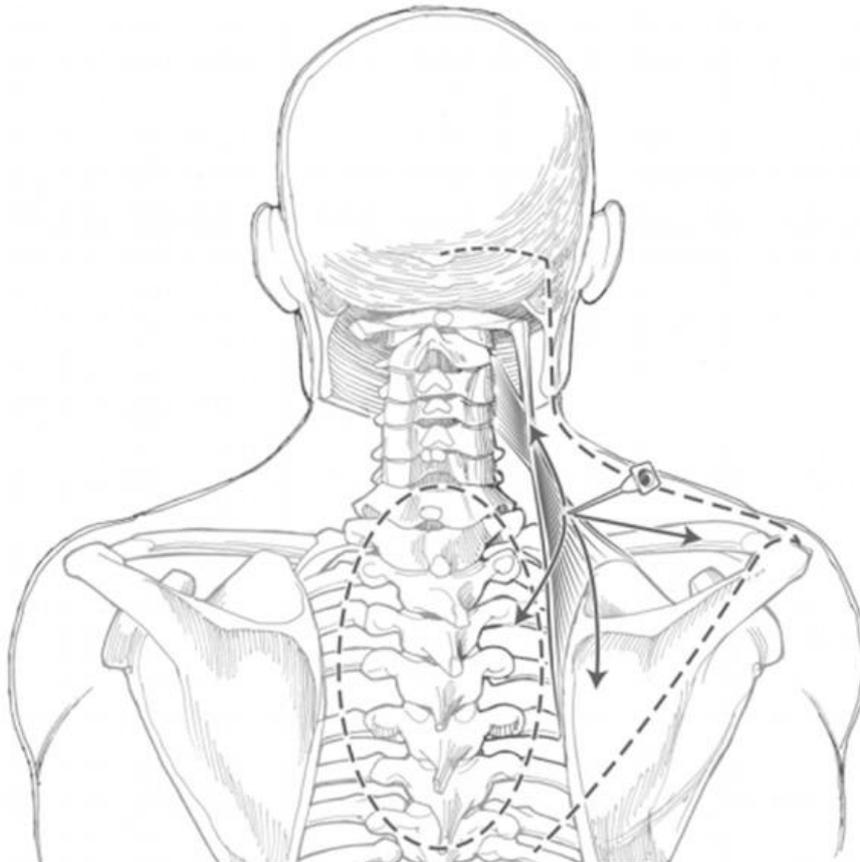
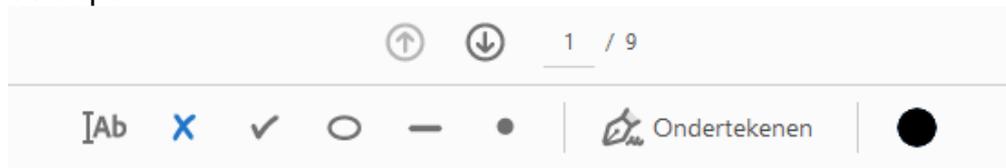
Non

Oui,.....fois par semaine.

Je pèse kg et mesurecm.

Tension artérielle : mmHg.

Si vous avez une douleur cervicale³ qui irradie **vers l'occiput ou vers les épaules**, vous pouvez noter le point de départ et l'irradiation. Dans le programme Adobe Acrobat Reader vous pouvez sélectionner une ligne et tracer des lignes à partir du point de départ.

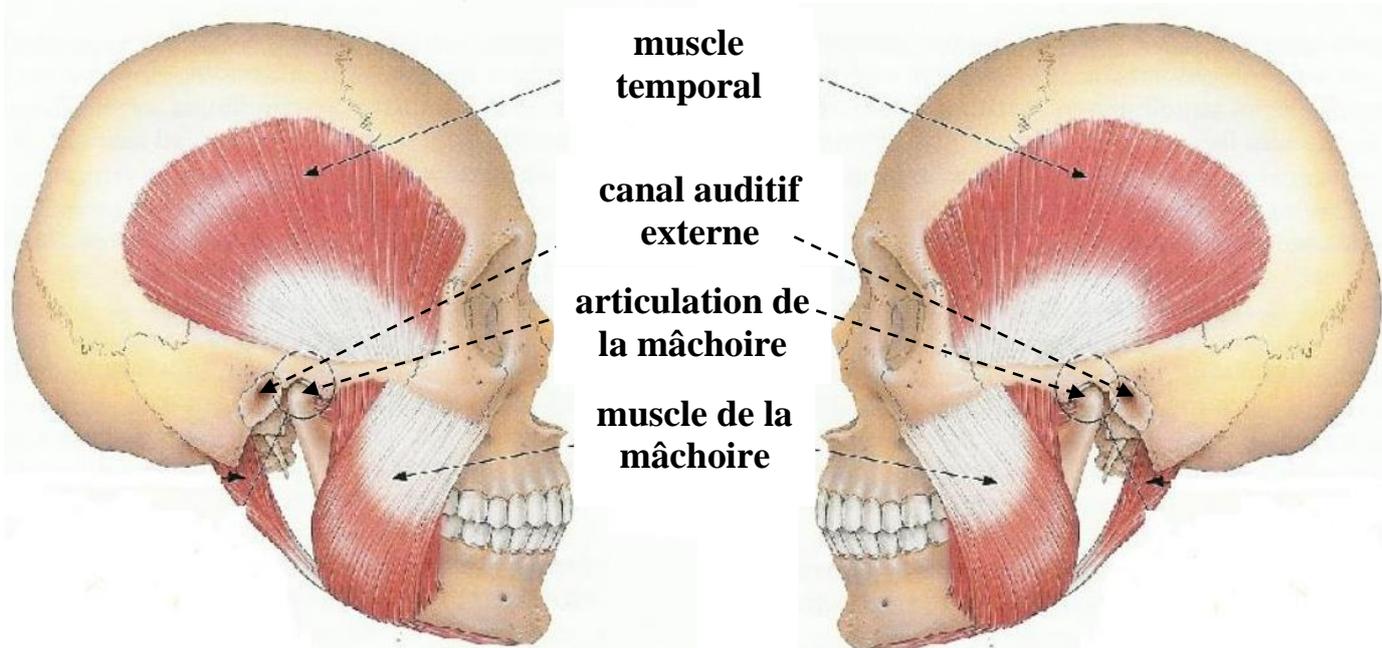


³ Si vous souffrez souvent de douleur cervicale, veuillez compléter le questionnaire douleur cervicale. Vous pouvez le trouver sur mon site web : <http://www.dr-paul-louis.be/fr/questionnaires/> .

Si vous avez **mal au niveau de la mâchoire** qui irradie vers les muscles masticatoires, vous pouvez noter le point de départ et l'irradiation.

DROITE:

GAUCHE:



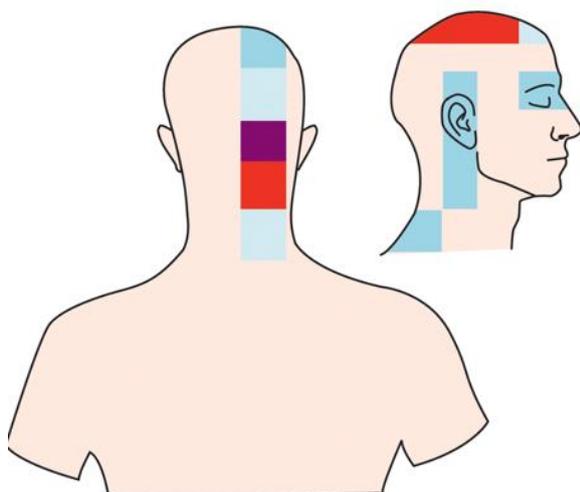
Si vous avez une **douleur à l'occiput avec irradiation vers le vertex, la tempe, le front et en moindre mesure vers les épaules**, vous pouvez choisir entre les 3 schémas ci-dessous. Lisez la description et sélectionnez le schéma qui vous convient le mieux.

95-100%

70-94%

45-69%

20-44%



C1-2

La douleur se situe surtout au niveau des oreilles uniquement d'un seul côté (droit OU gauche et au niveau du vertex d'un seul côté).

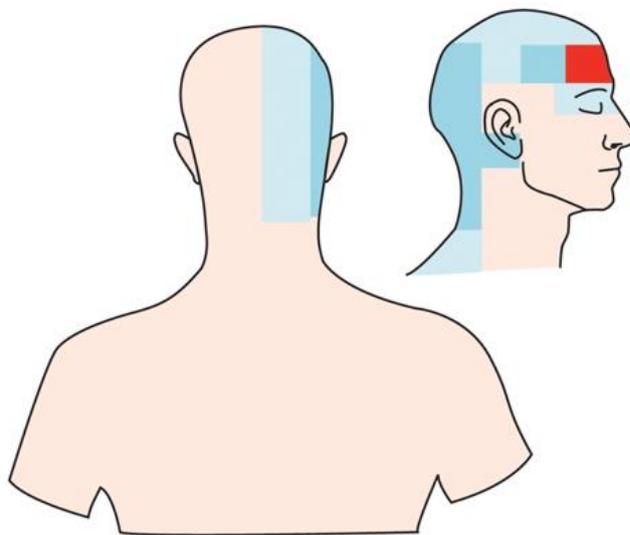
Cochez ici si C1-C2 vous convient le mieux.

95-100%

70-94%

45-69%

20-44%



La douleur se situe surtout sur le côté de la tête et la partie supérieur du cou et irradie vers le vertex et le front.

C2-3

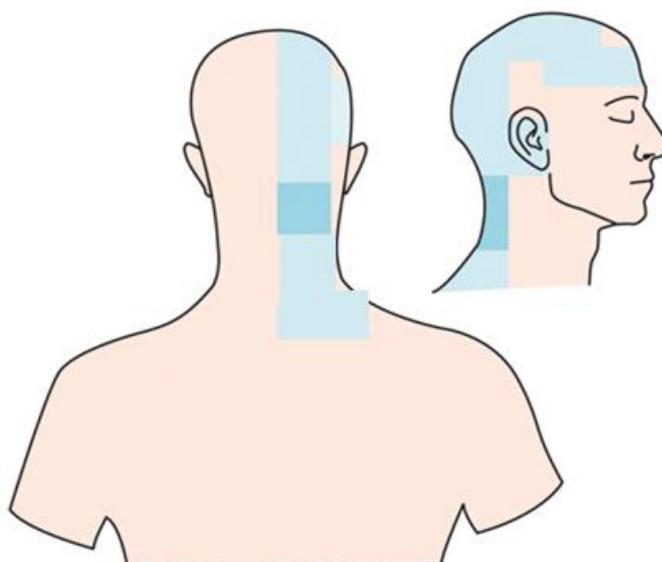
Cochez ici si C2-C3 vous convient le mieux.

95-100%

70-94%

45-69%

20-44%



La douleur se situe surtout au niveau des oreilles et irradie vers l'épaule et en même temps vers le vertex et le front.

C3-4

Cochez ici si C3-C4 vous convient le mieux.