

Date: .....

**1. Données du patient**

Nom: .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

GSM : .....

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 a .....mois.....ans. J'avais .....ans.

**c) Votre premier mal de tête était provoqué par?** Je ne le sais pas. Un accident: ..... 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 dure .....minutes ..... heures .....jours. AVEC médication.  
Combien de rechutes en 24h? .....

Elle dure .....minutes ..... heures .....jours. 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: .....

**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

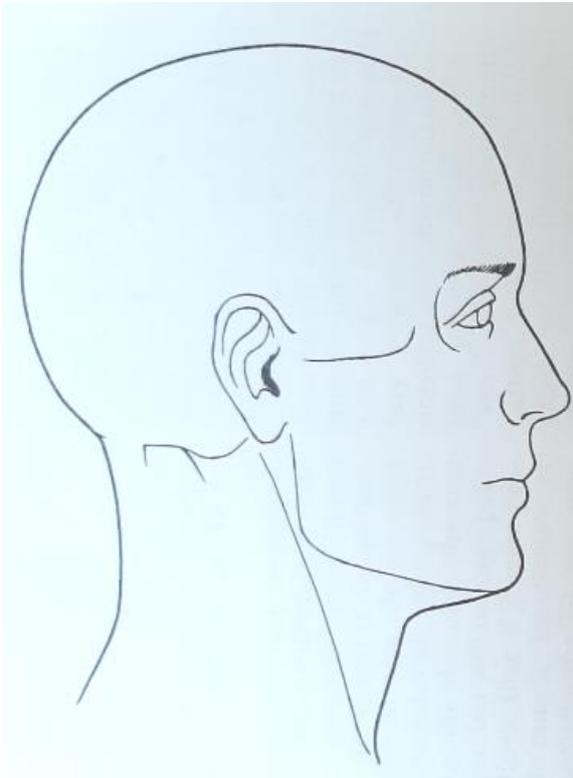
Le caractère:

- Pulsatile  
 Lancinant  
 Tendu  
 Lourd  
 Piquant

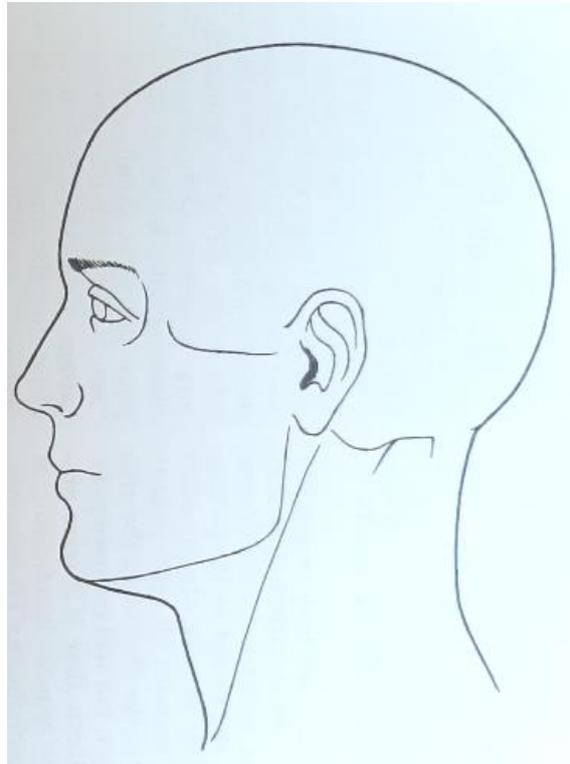
- Ecrasant  
 Brûlant  
 Poignant  
 Montant en intensité  
 Autre:.....

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

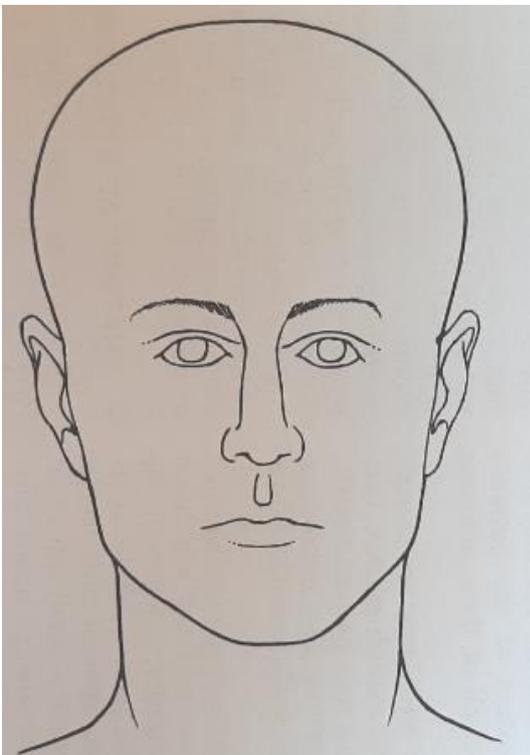
**DROITE**



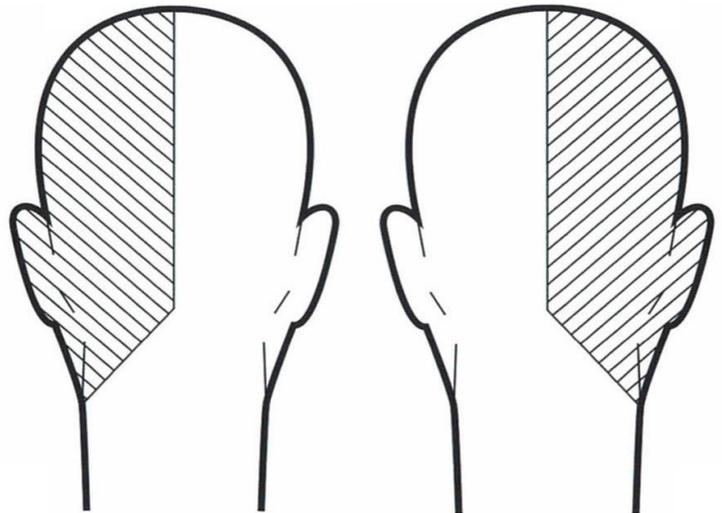
**GAUCHE**



**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'œil larmoyant (D-G)     | <input type="checkbox"/> Changement de pupille<br>Dilatation- contraction |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée              | <input type="checkbox"/> L'œil 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 <sup>1</sup> | <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 : .....

<sup>1</sup> Si vous êtes souvent vertigineux, veuillez compléter le questionnaire vertige. Vous pouvez le trouver sur mon site web : [www.dr-paul-louis.be](http://www.dr-paul-louis.be) sous la section « 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 <sup>2</sup> | <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 |

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:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

<sup>2</sup> Si vous êtes souvent vertigineux, veuillez compléter le questionnaire vertige.

**o) Les facteurs soulageant :**

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

.....

.....

.....



- 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>

**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**

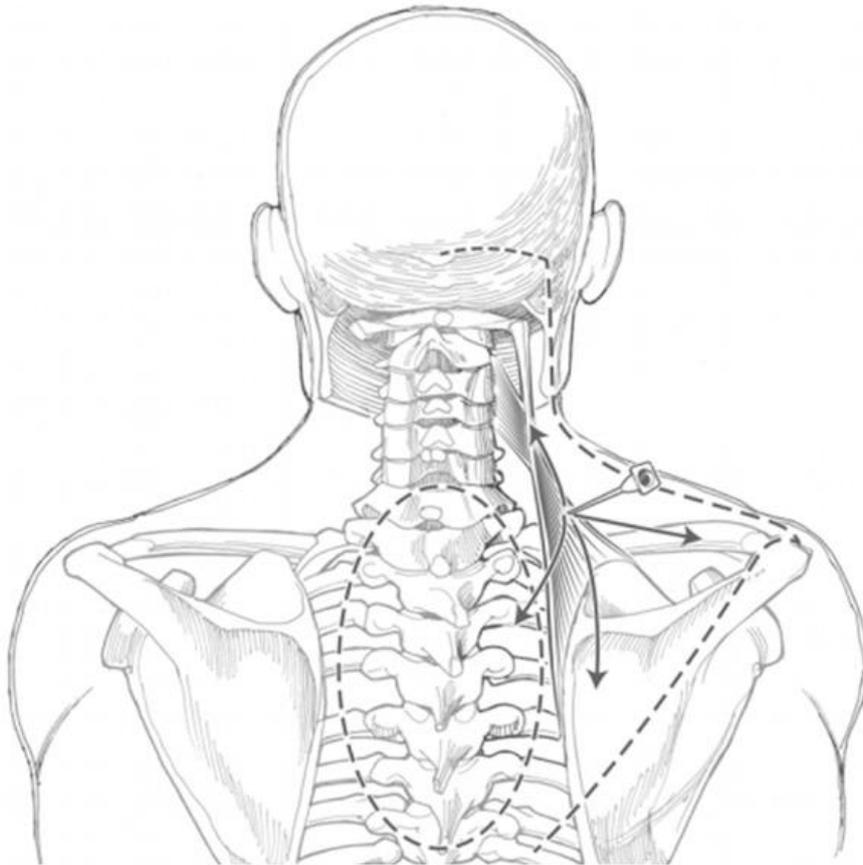
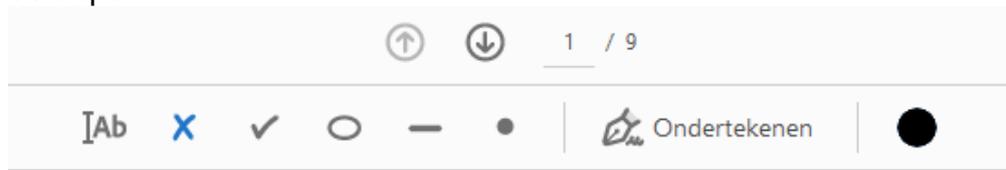
Je vis dans une famille de ..... personnes et j'ai ..... enfant(s).  
 Formation: .....  
 Métier:.....

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 mesure .....cm.  
 Tension artérielle : ..... mmHg.

Si vous avez une douleur cervicale<sup>3</sup> 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.

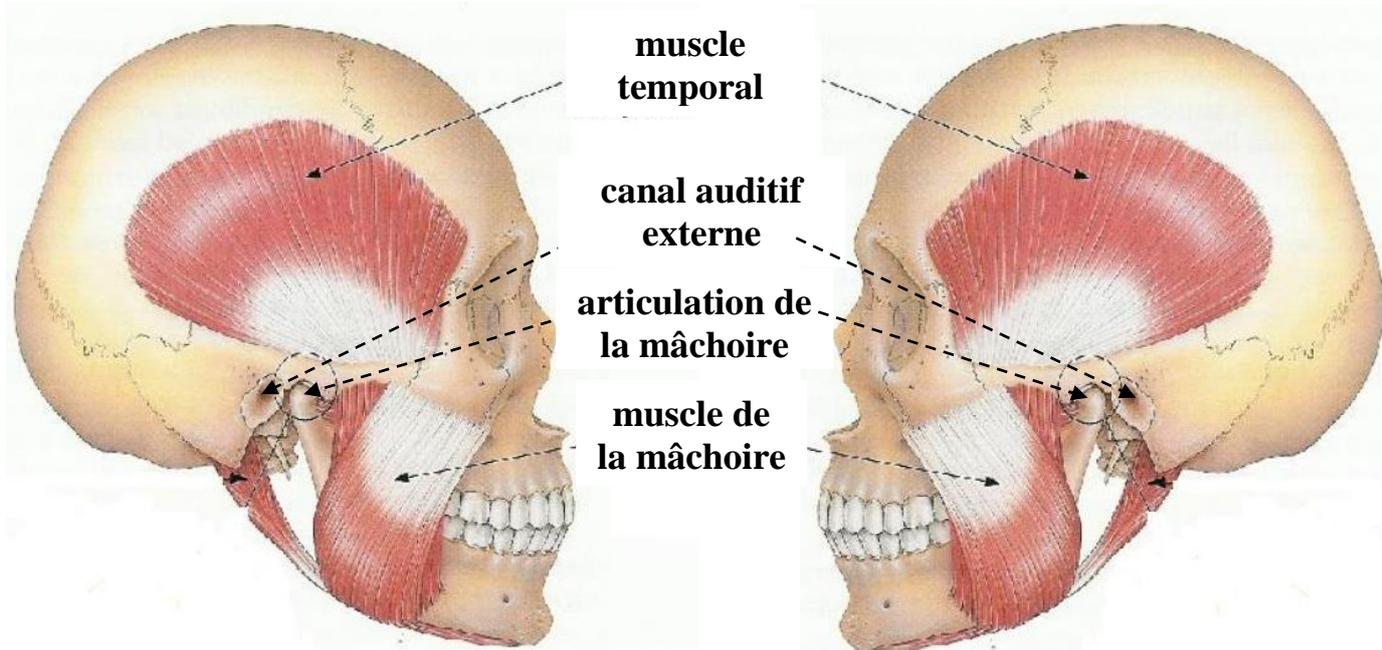


<sup>3</sup> Si vous souffrez souvent de douleur cervicale, veuillez compléter le questionnaire douleur cervicale. Vous pouvez le trouver sur mon site web : <http://www.dr-paul-louis.be/fr/questionnaires/> .

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:



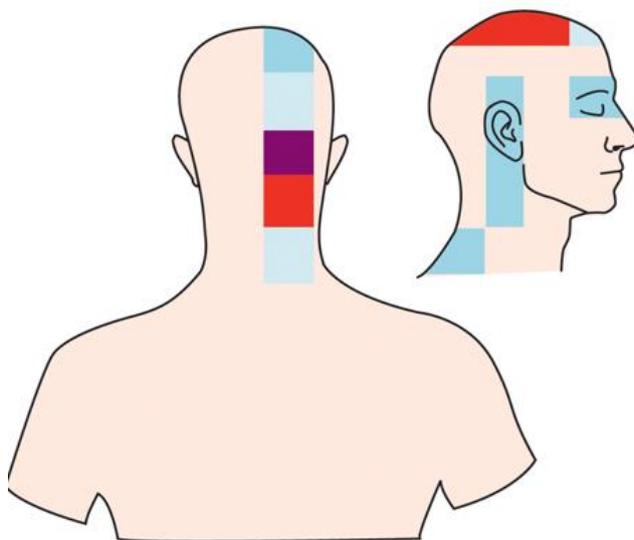
Si vous avez une **douleur à l'occiput avec irradiation vers le vertex, la tempe, le front et en moindre mesure vers les épaules**, vous pouvez choisir entre les 3 schémas ci-dessous. Lisez la description et sélectionnez le schéma qui vous convient le mieux.

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).

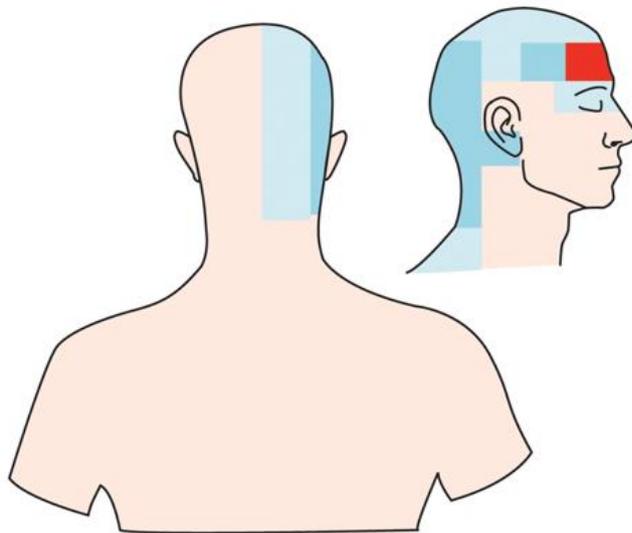
Cochez ici si C1-C2 vous convient le mieux.

■ 95-100%

■ 70-94%

■ 45-69%

■ 20-44%



C2-3

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.

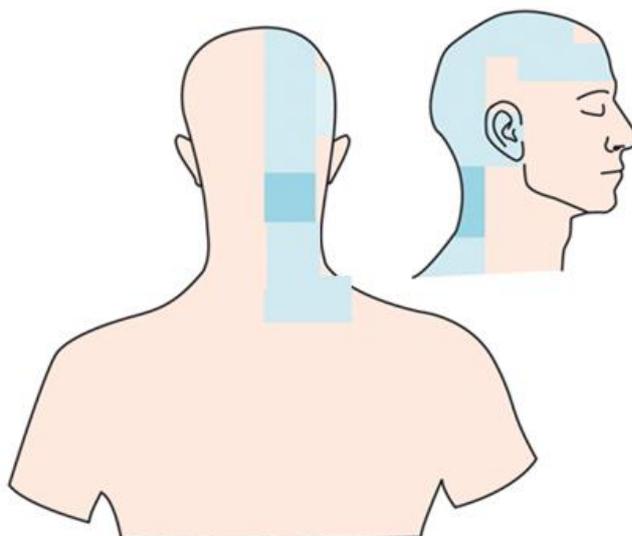
 Cochez ici si C2-C3 vous convient le mieux.

■ 95-100%

■ 70-94%

■ 45-69%

■ 20-44%



C3-4

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

 Cochez ici si C3-C4 vous convient le mieux.