

**« Questionnaire Maux de tête »**

1. Depuis quand avez-vous mal à la tête ?

2. Décrivez vos troubles.

3. La douleur est-elle :

- permanente (tous les jours)

- intermittente (de temps en temps)

4. Fréquence des maux de tête

- nombre de jours :

- - par an

- - par mois

- - par semaine

5. Avez-vous été obligé d'arrêter votre travail ?

- Nombre de jours d'arrêt de travail par an pour ce motif.

6. Quels traitements avez-vous déjà pris (nom, dose et durée)

- traitement de fond

- traitement de la crise

7. Quel traitement prenez-vous actuellement ?

8. Pourquoi prenez-vous rendez-vous en consultation de migraine ? (Aggravation ?)