

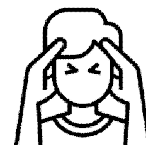


Les maux de tête peuvent impacter la qualité de vie. Afin d'optimiser votre prise en charge, la Société Française d'Etudes des Migraines et Céphalées (<https://www.sfemc.fr/>) recommande de remplir les deux questionnaires suivants : HIT-6 et Echelle HAD.

Pour profiter des calculs automatiques, activez le javascript dans le menu "Préférences" ou "Options" de votre lecteur de PDF puis cliquez sur les cases à cocher.

Apportez ces questionnaires remplis lors de votre consultation ou déposez le fichier .pdf dans votre compte sécurisé Doctolib.

HIT-6™ QUESTIONNAIRE sur l'IMPACT des MAUX DE TÊTE Headache Impact Test



NOM Prénom :

Né(e) le :

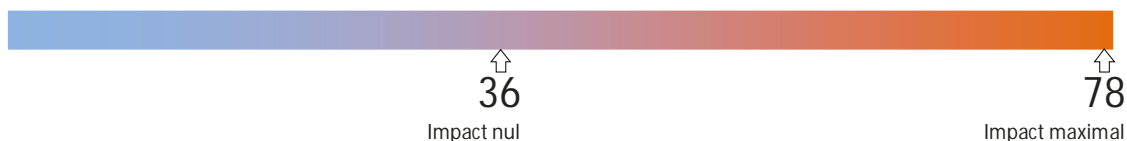
Date :

Ce questionnaire a été conçu pour vous aider à décrire et à exprimer ce que vous ressentez et ce que vous ne pouvez pas faire à cause de vos maux de tête. Pour chaque question, veuillez choisir l'item le plus approprié.

1. Lorsque vous avez des maux de tête, la douleur est-elle intense ?
2. Votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes habituelles, y compris les tâches ménagères, le travail, les études ou les activités avec les autres, est-elle limitée à cause de vos maux de tête ?.....
3. Lorsque vous avez des maux de tête, souhaiteriez-vous avoir la possibilité de vous allonger ?.....
4. Au cours de ces 4 dernières semaines, vous êtes vous senti(e) trop fatigué(e) pour travailler ou effectuer vos activités quotidiennes à cause de vos maux de tête ?
5. Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous éprouvé un sentiment de « ras-le-bol » ou d'agacement à cause de vos maux de tête ?
6. Au cours de ces 4 dernières semaines, votre capacité à vous concentrer sur votre travail ou vos activités quotidiennes a-t-elle été limitée à cause de vos maux de tête ?.....

Score minimal 36, score maximal 78.
Un total inférieur à 55 est le témoin d'un impact léger ou modéré.
Un score supérieur à 55 est le signe d'un impact important à majeur.

Score TOTAL :
Calcul automatique
ou somme des points



Bayliss MS, Dewey JE, Dunlap et al. (2003). A study of the feasibility of Internet administration of a computerized health survey: the headache impact test (HIT). Qual Life Res 12:953-961



ÉCHELLE HAD : Anxiété et Dépression

Hospital Anxiety and Depression Scale

NOM Prénom :

Né(e) le :

Date :

Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre psychologue ou votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Lisez chaque série de questions puis cochez le bouton ou notez le chiffre correspondant à la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983

- | | |
|---|--|
| 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) : | 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : |
| La plupart du temps..... 3 | Presque toujours..... 3 |
| Souvent..... 2 | Très souvent..... 2 |
| De temps en temps..... 1 | Parfois..... 1 |
| Jamais..... 0 | Jamais..... 0 |
| 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : | 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : |
| Oui, tout autant qu'avant..... 0 | Jamais..... 0 |
| Pas autant..... 1 | Parfois..... 1 |
| Un peu seulement..... 2 | Assez souvent..... 2 |
| Presque plus..... 3 | Très souvent..... 3 |
| 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : | 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence: |
| Oui, très nettement..... 3 | Plus du tout..... 3 |
| Oui, mais ce n'est pas trop grave..... 2 | Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2 |
| Un peu, mais cela ne m'inquiète pas..... 1 | Il se peut que je n'y fasse plus autant attention..... 1 |
| Pas du tout..... 0 | J'y prête autant d'attention que par le passé..... 0 |
| 4. Je ris et vois le bon côté des choses : | 11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place: |
| Autant que par le passé..... 0 | Oui, c'est tout à fait le cas..... 3 |
| Plus autant qu'avant..... 1 | Un peu..... 2 |
| Vraiment..... 2 | Pas tellement..... 1 |
| Plus du tout..... 3 | Pas du tout..... 0 |
| 5. Je me fais du souci : | 12. Je me réjouis à l'idée de faire certaines choses : |
| Très souvent..... 3 | Autant qu'avant..... 0 |
| Assez souvent..... 2 | Un peu moins qu'avant..... 1 |
| Occasionnellement..... 1 | Bien moins qu'avant..... 2 |
| Très occasionnellement..... 0 | Presque jamais..... 3 |
| 6. Je suis de bonne humeur : | 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique : |
| Jamais..... 3 | Vraiment très souvent..... 3 |
| Rarement..... 2 | Assez souvent..... 2 |
| Assez souvent..... 1 | Pas très souvent..... 1 |
| La plupart du temps..... 0 | Jamais..... 0 |
| 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) : | 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision : |
| Oui, quoi qu'il arrive..... 0 | Souvent..... 0 |
| Oui, en général..... 1 | Parfois..... 1 |
| Rarement..... 2 | Rarement..... 2 |
| Jamais..... 3 | Très rarement..... 3 |

Score A :

*Total chiffres rouges
Questions impaires*

Score D :

*Total chiffres noirs
Questions paires*