



## QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES MAUX DE TÊTE

Date : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (résidence) : \_\_\_\_\_ Téléphone (bureau) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_

Je suis référé(e) ici par :  Mon médecin. Son nom : \_\_\_\_\_

Mon chiropraticien. Son nom : \_\_\_\_\_

Mon thérapeute. Son nom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Un patient. Son nom : \_\_\_\_\_

Une publicité. Laquelle : \_\_\_\_\_

Autre. SVP précisez : \_\_\_\_\_

### **S.V.P.**

Afin de nous aider à mieux vous servir, établir le bon diagnostic et nous permettre de déterminer si nous sommes en mesure de vous aider, veuillez remplir ce questionnaire avec le plus d'attention et de minutie possible. Si vous avez besoin d'aide, n'hésitez pas à demander l'assistance de nos adjointes.

**Merci de votre collaboration !**

Votre âge : \_\_\_\_\_ ans Date de naissance : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_ pi/m Poids : \_\_\_\_\_ lbs/kg

**1. À quel moment avez-vous ressenti votre premier mal de tête ?**

- Avant l'âge de 5 ans
- Entre 5 et 12 ans
- Entre 13 et 25 ans
- Entre 26 et 40 ans
- Après 41 ans

**2. Y a-t-il un événement qui soit à l'origine de ces maux de tête ?**

- Accident, traumatisme. Expliquez : \_\_\_\_\_
- Choc émotif. Expliquez : \_\_\_\_\_
- Je ne me rappelle pas.

**3. Au cours des dernières années, vos maux de tête se sont-ils amplifiés ?**

- Oui, ils sont plus fréquents depuis quelques semaines
- Oui, ils sont plus fréquents depuis quelques mois
- Oui, ils sont plus fréquents depuis quelques années
- Non, ils sont constants

**4. Si un diagnostic a été posé pour vos maux de tête, lequel ou lesquels ? (plus d'une réponse est possible)**

- Migraine
- Céphalées de tension (maux de tête de tension)
- Céphalées de Horton
- Névralgie d'Arnold
- Autre. Lequel : \_\_\_\_\_
- Je ne me souviens pas du diagnostic
- Aucun diagnostic n'a été posé

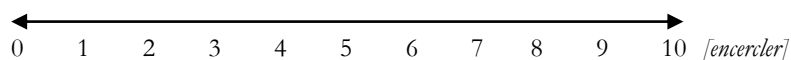
**5. À quelle fréquence ressentez-vous vos maux de tête ?**

Mes migraines se manifestent en moyenne \_\_\_\_ fois par jour / semaine / mois / année  
Mes céphalées de tension se manifestent en moyenne \_\_\_\_ fois par jour / semaine / mois / année  
Mes céphalées de Horton se manifestent en moyenne \_\_\_\_ fois par jour / semaine / mois / année  
Mes névralgies d'Arnold se manifestent en moyenne \_\_\_\_ fois par jour / semaine / mois / année  
Mes \_\_\_\_\_ se manifestent en moyenne \_\_\_\_ fois par jour / semaine / mois / année

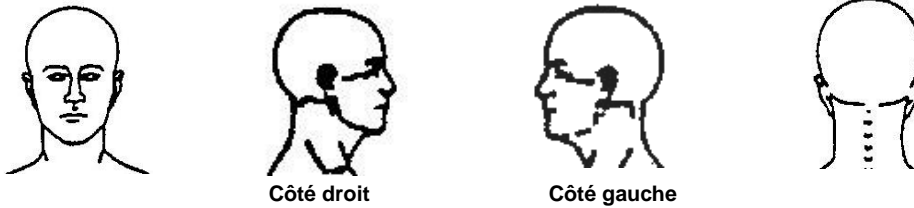
**6. Si non traités, mes maux de tête durent :**

Mes migraines durent en moyenne \_\_\_\_\_ heures / jours / semaines  
Mes céphalées de tension durent en moyenne \_\_\_\_\_ heures / jours / semaines  
Mes céphalées de Horton durent en moyenne \_\_\_\_\_ heures / jours / semaines  
Mes névralgie d'Arnold durent en moyenne \_\_\_\_\_ heures / jours / semaines  
Mes \_\_\_\_\_ durent en moyenne \_\_\_\_\_ heures / jours / semaines

**7. L'intensité moyenne de mes maux de tête est : (0 étant aucune douleur et 10 la pire douleur jamais ressentie)**



8. Veuillez localiser sur les dessins ici-bas l'emplacement de vos maux de tête :



9. Décrivez vos maux de tête (plus d'une réponse est possible)

- Pulsatifs
- Élançements
- Sensations de chocs électriques
- Localisés surtout sur le côté gauche / droite [encercler]
- Ils alternent d'un côté à l'autre

10. En moyenne, si vous ne traitez pas votre mal de tête, combien de temps le ressentez-vous ?

- Moins de 4 heures
- Entre 4 et 24 heures
- Entre 24 et 48 heures
- Entre 48 et 72 heures
- Plus de 72 heures (3 jours)

11. Mes maux de tête sont souvent accompagnés de : (plus d'une réponse est possible)

- Vision embrouillée
- Vomissements
- Sensibilité aux bruits
- Engourdissements
- Faiblesses
- Autre : \_\_\_\_\_
- Nausées
- Sensibilité à la lumière
- Transpiration
- Sensation de brûlures
- Étourdissements

12. Ressentez-vous un ou plusieurs des symptômes suivants (appelés « aura ») juste avant le début de vos maux de tête ?

- Perturbations visuelles (vue embrouillée, points noirs dans votre champ de vision, etc.)
- Perturbations sensitives (engourdissements d'un côté du visage et/ou de votre corps)
- Difficultés d'élocution (difficultés à trouver vos mots, à former des phrases ou à les comprendre)
- Perte de force ou paralysie d'un côté de votre corps
- Autres symptômes qui précèdent vos maux de tête : \_\_\_\_\_

*Si vous ne ressentez aucun de ces symptômes précurseurs, veuillez poursuivre à la question # 14*

13. Si vous avez déjà ressenti ce type de symptômes précurseurs à vos maux de tête, combien de fois est-ce arrivé ?

- Une fois seulement
- Plus de 2 fois
- Toujours (à chaque épisode de mal de tête)

**14. Combien de temps durent ces symptômes ?**

- |                           |  |   |   |
|---------------------------|--|---|---|
| Perturbations visuelles   | <input type="checkbox"/> moins de 60 minutes | <input type="checkbox"/> Environ 60 minutes | <input type="checkbox"/> Plus de 60 minutes |
| Perturbations sensitives  | <input type="checkbox"/> moins de 60 minutes | <input type="checkbox"/> Environ 60 minutes | <input type="checkbox"/> Plus de 60 minutes |
| Difficultés d'élocution   | <input type="checkbox"/> moins de 60 minutes | <input type="checkbox"/> Environ 60 minutes | <input type="checkbox"/> Plus de 60 minutes |
| Perte de force /Paralysie | <input type="checkbox"/> moins de 60 minutes | <input type="checkbox"/> Environ 60 minutes | <input type="checkbox"/> Plus de 60 minutes |
| Autres symptômes          | <input type="checkbox"/> moins de 60 minutes | <input type="checkbox"/> Environ 60 minutes | <input type="checkbox"/> Plus de 60 minutes |

**15. Mes maux de tête sont déclenchés par :** (plus d'une réponse est possible)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> La fatigue                        | <input type="checkbox"/> L'alcool (sauf le vin rouge)                         |
| <input type="checkbox"/> Les éternuements                  | <input type="checkbox"/> La mastication                                       |
| <input type="checkbox"/> Les mouvements de la tête         | <input type="checkbox"/> Le travail (environnement)                           |
| <input type="checkbox"/> Les sinusites                     | <input type="checkbox"/> Stress / tension                                     |
| <input type="checkbox"/> Certains médicaments              | <input type="checkbox"/> En me rasant   |
| <input type="checkbox"/> Parler                            | <input type="checkbox"/> La cigarette   |
| <input type="checkbox"/> Ne pas avoir mangé                | <input type="checkbox"/> Mes activités sexuelles                              |
| <input type="checkbox"/> Trop dormir                       | <input type="checkbox"/> Certaines phases de mon cycle menstruel              |
| <input type="checkbox"/> Être couché                       | <input type="checkbox"/> L'exercice   |
| <input type="checkbox"/> Le café                           | <input type="checkbox"/> Le chocolat  |
| <input type="checkbox"/> Le fromage                        | <input type="checkbox"/> Le vin rouge   |
| <input type="checkbox"/> Le mono glutamate de sodium (MGS) | <input type="checkbox"/> Les agrumes (orange, pamplemousse, citron, etc.)     |
| <input type="checkbox"/> Les bananes                       | <input type="checkbox"/> Les produits diètes (qui contiennent de l'aspartame) |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____                     |   |

**16. Est-ce que la douleur débute à l'arrière de votre tête ?**

- Oui                       Non

**17. Vos maux de tête sont-ils associés à des raideurs au cou et/ou aux épaules (trapèzes) ?**

- Oui                       Non

**18. Lesquels de ces énoncés décrivent vos maux de tête ?**

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Douleur de modérée à sévère qui perturbe mes activités quotidiennes               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Douleur pulsative   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maux de tête qui s'amplifient avec l'activité physique (ex. monter des escaliers) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maux de tête accompagnés de nausées et/ou de vomissements                         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maux de tête qui s'amplifient au contact d'une forte luminosité                   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maux de tête qui s'amplifient avec les bruits environnants                        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

---

**Pour Femmes seulement**

---

Messieurs, poursuivez à la question # 24

**19. Associez-vous vos maux de tête à votre cycle menstruel ?**

- Oui                       Non

**20. Prenez-vous des hormones synthétiques (anovulants ou hormones de remplacement pour les troubles de ménopause) ?**

- Oui                       Non

21. Associez-vous vos maux de tête à la prise d'hormones synthétiques (anovulants ou hormones de remplacement pour les troubles de ménopause) ?

Oui  Non

22. Êtes-vous présentement enceinte ?

Oui, depuis \_\_\_\_\_  Non  C'est possible, je ne suis pas certaine

23. Combien de fois avec vous été enceinte ?

1  2  
 3  4  
 5  6  
 7  8  
 Jamais

24. Combien d'accouchement(s) ?

1  2  
 3  4  
 5  6  
 7  8

---

### Diagnostic & Traitements

---

25. Afin d'établir un diagnostic, quels professionnels de la santé avez-vous déjà consultés ?

Nom	Spécialité	Diagnostic	Date de consultation
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

26. Quels sont les tests qui ont été effectués afin d'établir un diagnostic ?

Radiographies de votre tête  Radiographies de votre cou  
 Tests sanguins  Résonance magnétique de votre tête  
 Électroencéphalogramme  Tomographie axiale de votre tête (TACO)

27. Quels ont été les résultats de ces tests ?

Normaux  
 Anormaux. Expliquez : \_\_\_\_\_

28. Y a-t-il des membres de votre famille qui souffrent de céphalées et/ou de migraines ?

Non  
 Oui Lesquels ?  Mère  
 Père  
 Sœur(s) / frère(s)  
 Enfant(s)  
 Parenté du côté de ma mère  
 Parenté du côté de mon père

29. Quels médicaments prenez-vous régulièrement pour prévenir vos maux de tête ?

<u>Nom du médicament</u>	<u>Dosage quotidien (mg)</u>
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____
5) _____	_____

30. Quels médicaments (prescrits ou en vente libre) prenez-vous pour soulager vos maux de tête ?

<u>Nom du médicament</u>	<u>Dosage quotidien (mg)</u>
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____
5) _____	_____

31. Quelles autres méthodes avez-vous essayées (autres que la médication) qui ont donné des résultats positifs ?

- Modifications alimentaires
- Acupuncture
- Chiropratique
- Massages
- Compresses chaudes
- Application de glace
- Stimulation électrique (TENS)
- Produits naturels. Lesquels : \_\_\_\_\_

---

### Tabagisme & Hygiène de vie

---

32. Fumez-vous la cigarette ?

- Oui                       Non (Passez à la question # 36)

33. En moyenne, combien de cigarettes par jour fumez-vous ? (un paquet = 20 cigarettes)

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 à 5                       | <input type="checkbox"/> 6 à 10  |
| <input type="checkbox"/> 11 à 15                     | <input type="checkbox"/> 16 à 20 |
| <input type="checkbox"/> 21 à 25                     | <input type="checkbox"/> 26 à 30 |
| <input type="checkbox"/> 31 à 35                     | <input type="checkbox"/> 36 à 40 |
| <input type="checkbox"/> Plus de 41. Combien ? _____ |                                  |

**34. Fumez-vous autre chose que la cigarette ?**

- Oui  Non (Passez à la question # 35)

**35. Que fumez-vous ?**

- Cigares  Pipe  
 Cannabis  Autre : \_\_\_\_\_

**36. Depuis combien d'années fumez-vous ?**

- 1 à 5 ans  6 à 10 ans  
 11 à 15 ans  16 à 20 ans  
 21 à 25 ans  26 à 30 ans  
 31 à 35 ans  36 à 40 ans  
 Plus de 41 ans

**37. Consommez-vous de l'alcool ?**

- Oui  Non (Passez à la question # 39)

**38. Au cours de la dernière année, quelle a été votre consommation moyenne d'alcool par semaine ?**

*(1 consommation = 1 bière = 1 verre de vin = 1 once de boisson forte)*

- Aucune ou moins de 1 consommation par semaine  
 1 à 5 consommations par semaine  
 6 à 10 consommations par semaine  
 11 à 15 consommations par semaine  
 16 à 20 consommations par semaine  
 21 à 25 consommations par semaine  
 Plus de 25 consommations par semaine

**39. Au cours de la dernière année, en moyenne, combien de jours par semaine avez-vous consommé de l'alcool ?**

- Aucun à moins de 1 journée par semaine  
 2 jours par semaine  
 3 jours par semaine  
 4 jours par semaine  
 5 jours par semaine  
 6 jours par semaine  
 7 jours par semaine

**40. Vous adonnez-vous à des activités physiques (exercice) de façon régulière ?**

- Oui  Non (Passez à la question # 42)

**41. Combien d'heures par semaine, en moyenne, consacrez-vous à l'activité physique ?**

- Moins de 1 heure  Entre 1 et 2 heures  
 Entre 2 et 3 heures  Entre 3 et 4 heures  
 Entre 4 et 5 heures  Entre 5 et 6 heures  
 Entre 6 et 7 heures  Plus de 7 heures

**42. Pratiquez-vous des sports de contact ?**

(Hockey, football, boxe, arts martiaux, etc.)

Non  Oui. Lequel ou lesquels : \_\_\_\_\_

**43. Est-ce que vos maux de tête ont été associés à l'un des problèmes suivants ?**

Hypoglycémie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Problèmes à la colonne cervicale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Problèmes avec vos yeux (glaucome, myopie, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Problèmes de sinus, oreilles, dents, mâchoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Problèmes de santé mineurs comme le rhume, la grippe	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Apnée de sommeil	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

---

---

**Historique**

---

---

**44. Comment s'est déroulée votre naissance ?**

- Je ne sais pas
- Naissance naturelle
- Naissance par césarienne
- Ma mère a accouché sous anesthésie
- J'ai été extirpé sans aide extérieure
- J'ai été extirpé à l'aide d'une traction manuelle sur ma tête
- J'ai été extirpé à l'aide de forceps
- J'ai été extirpé à l'aide de ventouses

**45. Avez-vous pratiqué, avant l'âge de 16 ans, des sports de contact ?**

Non  Oui. Lequel ou lesquels : \_\_\_\_\_

**46. Quels traumatismes (même mineurs) avez-vous subis depuis votre naissance ?**

- Chute d'une hauteur de plus de 3 pieds (1 mètre) avant l'âge de 1 an (bassinette, chaise haute, etc.)
- Blessures de sport : \_\_\_\_\_ à quel âge ? \_\_\_\_\_
- Accident d'auto : \_\_\_\_\_ année ? \_\_\_\_\_
- Accident de travail : \_\_\_\_\_ année ? \_\_\_\_\_

Suite à l'analyse minutieuse de votre questionnaire, votre docteur vous rencontrera afin d'éclaircir certains points et procédera à des tests pour vérifier si votre problème relève de notre expertise. Si tel n'est pas le cas, nous vous référerons au professionnel de la santé approprié.



50, Président Kennedy, bur. 209 • Lévis (Qc) • G6V 6W8  
Tél. : (418) 833-0065 • Fax : (418) 833-9901  
Courriel : [info@priorite-sante.ca](mailto:info@priorite-sante.ca)