

Inserisci le risposte principali qui sotto per vedere se hai l'Emicrania Cronica, poi porta queste risposte al tuo medico.

Se hai... FREQUENZA >

contrassegnato ENTRAMBE SINTOMI >

le caselle della pagina 2

O se hai... USO DEI FARMACI >

contrassegnato TUTTE E TRE ATTIVITÀ >

le caselle della pagina 3 FARE PROGRAMMI >

Allora potresti avere l'Emicrania Cronica

Cos'è l'Emicrania Cronica?

L'Emicrania Cronica è un disturbo neurologico che provoca nelle persone affette 15 giorni o più al mese di cefalea. Ogni episodio deve durare almeno 4 ore. Almeno 8 giorni di cefalea devono essere associati a sintomi di emicrania (una malattia identificata da mal di testa, nausea/ vomito, e la sensibilità alla luce e suono). Se pensi di soffrire di Emicrania cronica, rivolgiti al medico. Solo un medico può fare la diagnosi di Emicrania Cronica.

| Scrivi alcune informazioni importanti che ti possono aiutare a parlare con il medico delle tue cefalee | | | | |
|--|----------|---------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Nome del farmaco per la cefalea* | Dosaggio | Quando hai iniziato a assumerlo | Quanto spesso lo assumi ? | Quanto bene ha funzionato? |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

In che modo le cefalee/emicranie influiscono sulla tua vita di tutti i giorni (lavoro, scuola, attività, ecc)?

Obiettivi che ti prefiggi da un trattamento per la cefalea/emicrania: _____

*Elencare i farmaci che hai utilizzato per la cefalea, sia quelli per gestire l'attacco acuto, sia quelli utilizzati come prevenzione degli attacchi.

Il gruppo di lavoro ID-CM (identifying Chronic Migraine) che è reponsabile dello sviluppo e della validazione dello strumento di screening include i seguenti esperti: Dr. Sheena Aurora, Dr. Werner Becker, Dr. Andrew Blumenfeld, Dr. Hans-Christoph Diener, Dr. David Dodick, Dr. Richard Lipton, Dr. Maurice Vincent, Dr. Shuu-Jiun Wang.

Nome _____

Data _____



Ho l'Emicrania Cronica?

Lo strumento per lo screening dell'emicrania cronica [ID-Chronic Migraine (ID-CM)] può aiutarti ad iniziare un importante colloquio con il tuo medico.

- 🕒 **Cos'è lo strumento di screening ID-CM?**

Una valutazione semplice creata da un gruppo di esperti della cefalea.
- 🕒 **Perché dovrei usare lo strumento di screening ID-CM?**

Può aiutare te e il tuo medico a capire se hai l'Emicrania Cronica.
- 🕒 **Perché è importante scoprire se ho l'Emicrania Cronica?**

Milioni di persone sono colpite dall'Emicrania Cronica, ma molte non sanno di averla.¹⁻³ Ci sono alcune possibilità di trattamento specifiche per le persone con Emicrania Cronica.
- 🕒 **Cosa devo fare con le risposte dell'ID-CM?**

Portarle al medico che ti cura per la cefalea. Servono per iniziare a parlare con il tuo medico.

È il momento di cominciare! >>>

Ogni quanto tempo ti viene la cefalea?

Se non ti ricordi il numero esatto di cefalee, indica, cortesemente, la risposta più reale possibile. Se la cefalea è durata più di un giorno, conta ogni giorno.

1. Negli ultimi 3 mesi (gli scorsi 90 giorni), per quanti giorni hai sofferto di un tipo qualsiasi di cefalea? Numero di giorni: La risposta è 45 giorni o più? Sì No

2. Nell'ultimo mese (gli scorsi 30 giorni), per quanti giorni hai sofferto di un tipo qualsiasi di cefalea? Numero di giorni: La risposta è 15 giorni o più? Sì No

Se hai risposto almeno un "Sì", fai un segno nella casella qui sotto

FREQUENZA

Quali sono stati i sintomi quando avevi la cefalea nell'ultimo mese (gli scorsi 30 giorni)?

Se hai avuto più di una tipologia di cefalea, rispondi considerando il tipo più grave di cefalea.

| | A Mai | B Raramente | C Meno della metà delle volte | D La metà delle volte o più |
|---|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| 3. Quante volte ti sei sentito particolarmente sensibile alla luce (per es. ti sentivi meglio al buio)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Quante volte ti sei sentito particolarmente sensibile ai suoni (per es. ti sentivi meglio in un posto tranquillo)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Quante volte il dolore era da moderato a grave? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Quante volte avevi la nausea o vomito? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Domande 3, 4, e 5: hai segnato "C" o "D" per tutte e 3 le domande? Sì No

Se hai risposto almeno un "Sì", fai un segno nella casella qui sotto

SINTOMI

Domande 5 e 6: Hai segnato "C" o "D" per tutte e due le domande? Sì No

Un buon modo per iniziare un colloquio con il medico sull'Emicrania Cronica è dirgli con che frequenza soffri di cefalea e che tipo di sintomi hai.

Quante volte hai assunto farmaci per la cefalea nell'ultimo mese (gli scorsi 30 giorni)?

Conta solo i farmaci che hai assunto quando ti stava cominciando o durante la cefalea.

7. Per quanti giorni hai usato farmaci da banco per trattare i tuoi attacchi di cefalea? Numero di giorni: La risposta è 10 giorni o più? Sì No

8. Per quanti giorni hai usato farmaci che ti sono stati prescritti da un medico per trattare i tuoi attacchi di cefalea? Numero di giorni: La risposta è 10 giorni o più? Sì No

Se hai risposto almeno un "Sì", fai un segno nella casella qui sotto

USO DEI FARMACI

Quante volte la cefalea ha interferito nelle attività importanti dell'ultimo mese (gli scorsi 30 giorni)?

9. Quanti giorni di lavoro o di scuola hai perso per la cefalea? Numero di giorni: La risposta è 10 giorni o più? Sì No

10. Quanti giorni di attività familiari, sociali o del tempo libero hai perso per la cefalea? Numero di giorni: La risposta è 10 giorni o più? Sì No

Se hai risposto almeno un "Sì", fai un segno nella casella qui sotto

ATTIVITÀ

Quante volte la cefalea ha influito sui tuoi programmi nell'ultimo mese (gli scorsi 30 giorni)?

| | A Mai | B Raramente | C Meno della metà delle volte | D La metà delle volte o più |
|--|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| 11. Quante volte la cefalea ha influito su quello che volevi fare? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Quante volte per paura della cefalea non hai fatto programmi? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Hai segnato "D"? Sì No

Hai segnato "D"? Sì No

Se hai risposto almeno un "Sì", fai un segno nella casella qui sotto

FARE PROGRAMMI

Il medico può voler sapere se la cefalea ti spinge ad assumere farmaci o interferisce con le tue attività o con i tuoi programmi.