**Lista de Perguntas**

É necessário especificar que os doentes devem responder com as características da sua dor de cabeça no último mês.

1 – Costuma ter mais de um tipo de dor de cabeça?

* Sim
* Não

Nota: Se o doente escolher sim devia receber o questionário duas vezes, uma para a mais intensa e uma para a menos intensa.

2 - Onde se localiza a sua dor de cabeça?

* Figura selecionável. (Unilateral, bilateral, holocraniana...)

3 – Quanto tempo dura a dor quando tem dor de cabeça (note que pode ter vários períodos de dor durante o dia, nesse caso deverá selecionar o período de duração de cada ataque, mesmo que este seja de segundos)?

* Horas : Minutos : Segundos

3.1(Se o doente seleciona <24h) – Quantos ataques costuma ter por dia?

* Contador

4 – A sua dor aparece frequentemente a uma altura específica do dia?

* Sim
* Não

4.1 (se sim) – Costuma acordar com a dor de cabeça?

* Sim
* Não

4.2 (se sim) – Costuma ocorrer principalmente em que altura do dia?

* Manhã
* Tarde
* Noite

5 – Quanto tempo demora a sua dor de cabeça a ficar com a intensidade máxima?

* Horas : Minutos : Segundos

6 – Como caracteriza a sua dor de cabeça? (pode escolher uma ou mais)

* Latejante
* Em moedeira
* Tipo facada
* Tipo pressão
* Tipo choque elétrico

7 – A sua dor de cabeça é agravada por atividade física?

* Sim
* Não

8 – O stress aumenta a probabilidade/severidade de ter dor de cabeça?

* Sim
* Não

9 – Se beber álcool aumenta a probabilidade/severidade de ter dor de cabeça?

* Sim
* Não
* Nunca bebi

10 – As mudanças do tempo aumentam a probabilidade/severidade da sua dor de cabeça?

* Sim
* Não

11 – A toma de um triptano (Zomig, Zolmitriptano, Imigran, Sumatriptano, Naramig...) alivia a sua dor de cabeça?

* Sim
* Não
* Nunca tomei

12 – Dormir pouco aumenta a probabilidade de ter dor de cabeça? (pode escolher uma ou mais)

* Sim
* Não

13 – A sua dor de cabeça está associada a alguma destas características (mesmo que nem sempre)? (pode selecionar 1, 2 ou nenhuma)

* Náuseas
* Vómitos

14 – A sua dor de cabeça está associada a alguma destas características (mesmo que nem sempre)? (pode selecionar 1, 2 ou nenhuma)

* A luz incomoda
* O som incomoda
* Os cheiros incomodam

15 – A sua dor de cabeça coincide frequentemente com a menstrução? (apenas doentes do sexo feminino)

* Sim
* Não

16 – A sua dor de cabeça alivia com a toma de café?

* Sim
* Não

17 – A sua dor de cabeça por vezes é precedida/inicia-se por algum ou vários destes sintomas? (selecione um ou mais)

* Visuais (zona de padrão em linha de zigue-zague, ou bolas, coloridas ou não, na periferia do campo de visão e/ou zona de perda de visão, que se instala ao longo de 5 ou mais minutos?)
* Sensitivos (zona com falta de sensibilidade ou formigueiros que se vai alastrando ao longo do corpo.)
* Dificuldade em falar.

18 – A sua dor de cabeça é acompanhada por aumento da sensibilidade/dor no couro cabeludo?

* Sim
* Não

19 – Quantos cafés bebe em média por dia?

* Contador

20 – Quantos dias por mês costuma tomar medicação analgésica simples (paracetamol, Bem-U-Ron, Bruffen, Ibuprofeno, Diclofenac...)?

* Contador

21 – Quantos dias por mês costuma tomar medicação analgésica combinada ou específica para a sua dor de cabeça (paracetamol com cafeína, Migretil, triptanos - Zomig, Zolmitriptano, Imigran, Sumatriptano, Naramig...)?

* Contador

22 – Com que idade se iniciou a sua dor de cabeça? (mais ou menos)

* Contador

23 – Selecione os sintomas que costumam acompanhar a sua dor de cabeça? (pode não selecionar nenhum ou vários)

* Os olhos lacrimejam
* Fica com o olho vermelho
* Fica com a face vermelha
* Fica com a pálpebra mais descida de um dos lados
* Fica com o nariz entupido
* Fica com pingo no nariz
* Fica com o olho inchado
* Fica com a menina do olho mais pequena
* Fica com dor de barriga
* Transpira da testa/face

24 – Quando tem a dor de cabeça prefere ficar quieto num sítio escuro?

* Sim
* Não

25 – Quando tem a dor de cabeça fica agitado e não consegue para quieto?

* Sim
* Não

26 – Quando tem a dor de cabeça sente-se exausto?

* Sim
* Não

27 – Faz oxigénio quando tem a dor de cabeça?

* Sim
* Não

28 – Faz ou já fez Indometacina para a sua dor de cabeça e resultou?

* Sim
* Não

29 – A sua do se cabeça inclui também/é sobretudo uma dor na face?

* Sim
* Não

30 – A dor de cabeça/face pode ser provocada ao tocar/pressionar um ponto específico?

* Sim
* Não

31 – A sua dor de cabeça/face é numa zona onde normalmente sente formigueiro/tem dormência?

* Sim
* Não

Outras perguntas a incluir na fase inicial, fora do questionário:

Peso, altura, é ou já foi fumador, emprego (texto livre), escolaridade (texto livre), se tem familiares que também sofrem de dores de cabeça.