



Questionario soci ANIRCEF

INDAGINE PAZIENTI CON CEFALEA IN ETÀ PEDIATRICA – ADOLESCENZIALE <18

Dati compilatore

Nome: _____ Cognome: _____

Indirizzo lavorativo: _____

Recapiti: e-mail: _____ tel.: _____

Qualifica:

Neurologo: Pediatra: NPI: Internista: Anestesista:

Altro (specificare): _____



1) LA VISITA PER CEFALEA VIENE EFFETTUATA IN:

- | | | | |
|--|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| a) Ambulatorio MMG | <input type="checkbox"/> | | |
| b) Ambulatorio Pediatra | <input type="checkbox"/> | | |
| c) Specialista Territoriale (ex Sumai) | <input type="checkbox"/> | | |
| d) Ambulatorio Ospedale | | adulti | <input type="checkbox"/> |
| | | Infanzia e adolescenza | <input type="checkbox"/> |
| e) Centro Cefalee | | adulti | <input type="checkbox"/> |
| | | Infanzia e adolescenza | <input type="checkbox"/> |
| f) Centro Cefalea di ricerca | | adulti | <input type="checkbox"/> |
| | | Infanzia e adolescenza | <input type="checkbox"/> |
| g) Libera Professione | <input type="checkbox"/> | | |

2) SE ATTIVITÀ IN CONVENZIONE CON SSN, LA CONVENZIONE PREVEDE ACCETTAZIONE

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| a) Adulti | <input type="checkbox"/> |
| b) Bambini e Adolescenti | <input type="checkbox"/> |
| c) Adulti e Bambini e Adolescenti | <input type="checkbox"/> |

3) QUANTE VISITE PER CEFALEA HAI EFFETTUATO NELL'ULTIMO ANNO (INDICATIVAMENTE)

N° _____

4) TRA I PAZIENTI VISITATI C'ERANO BAMBINI O ADOLESCENTI?

SI: NO:

Se SI, quanti di età (indicativamente):

6<14 anni N° _____ 14-18 anni N° _____ (o semplicemente <14 anni)

5) NEL CASO DI PAZIENTI BAMBINI E ADOLESCENTI, TI ERANO STATI INVIATI DA:

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| a) Famiglia | <input type="checkbox"/> |
| b) Pediatra | <input type="checkbox"/> |
| c) NPI | <input type="checkbox"/> |
| d) MMG | <input type="checkbox"/> |
| e) Neurologo | <input type="checkbox"/> |
| f) dato non rilevabile | <input type="checkbox"/> |



Descrizione della consultazione bambino e adolescente con cefalea

Nel corso della tua consultazione:

Anamnesi: durante la visita sono state fatte domande anche su:

qualità della vita (scolastica ed extrascolastica) SI NO

Se SI, domanda in aperto: SI NO

Valutazione con questionario: SI NO

Se SI, quale questionario: _____

Se dopo la visita la diagnosi è di emicrania senza aura vengono richiesti accertamenti

Sempre: SI NO

Solo su indicazione clinico anamnestica: SI NO

Se SI:

Esami ematici Tac encefalo RMN encefalo EEG

Altro (specificare): _____

Se dopo la visita la diagnosi è di emicrania con aura vengono richiesti accertamenti

Sempre: SI NO

Solo su indicazione clinico anamnestica: SI NO

Dopo la prima visita: SI NO

Al primo controllo: SI NO

Se SI:

Esami ematici Tac encefalo RMN encefalo EEG Eco cardio

Altro (specificare): _____

Se la diagnosi è di cefalea tensiva vengono richiesti esami

Sempre: SI NO

Solo su indicazione clinico anamnestica: SI NO

Se SI:

Esami ematici Tac encefalo RMN encefalo EEG

Altro (specificare): _____

Prescrizioni al termine della visita:

Diario cefalea SI NO

In caso di diagnosi di emicrania

Indicazione a modificazioni ad abitudini e comportamenti: alimentazione, attività fisica, sonno, ecc

Dopo la prima visita: SI NO



Dopo primo controllo: SI NO

Terapia per episodio acuto (indicare i farmaci consigliati anche con risposte multiple):

Paracetamolo:	<input type="checkbox"/>	Naprossene:	<input type="checkbox"/>
Ibuprofene:	<input type="checkbox"/>	Acido acetil salicilico:	<input type="checkbox"/>
Ketoprofene:	<input type="checkbox"/>	Indometacina:	<input type="checkbox"/>
Diclofenac:	<input type="checkbox"/>	Nimesulide:	<input type="checkbox"/>

Altro: _____

Sumatriptan orale 50 – 100:	<input type="checkbox"/>	Zolmitriptan spray nasale 5:	<input type="checkbox"/>
Sumatriptan spray nasale 10-20:	<input type="checkbox"/>	Almotriptan 6,25-12,5:	<input type="checkbox"/>
Zolmitriptan orale: 2,5- 5- 10	<input type="checkbox"/>	Rizatriptan 5-10:	<input type="checkbox"/>

Altri Triptani: _____

Nel caso di indicazioni a profilassi, questa viene consigliata:

Dopo la prima visita:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dopo primo controllo:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Profilassi farmacologica:

Topiramato:	<input type="checkbox"/>	Sodio valproato:	<input type="checkbox"/>
Flunarizina:	<input type="checkbox"/>	Ciproeptadina:	<input type="checkbox"/>
Amitriptilina:	<input type="checkbox"/>	Propanololo:	<input type="checkbox"/>

Altro: _____

Profilassi non farmacologica:

Dopo la prima visita:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Al primo controllo:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Riboflavina:	<input type="checkbox"/>
Magnesio:	<input type="checkbox"/>
Ginco+riboflavina+magnesio+complesso q:	<input type="checkbox"/>
Partenio+magnesi +riboflavina+complesso q:	<input type="checkbox"/>
Biofeedback:	<input type="checkbox"/>
Terapia comportamentale:	<input type="checkbox"/>
Relaxation training:	<input type="checkbox"/>

Altro: _____



Nel caso di cefalea tensiva

Indicazione a modificazioni ad abitudini e comportamenti: alimentazione, attività fisica, sonno, ecc.

Dopo la prima visita: SI NO
Dopo primo controllo: SI NO

Per il dolore

Paracetamolo: Diclofenac:
Ibuprofene: Naprossene:
Ketoprofene: Acido acetil salicilico:

Miorilassanti: SI NO

Se SI quali: _____

Per la profilassi

Dopo la prima visita: SI NO
Dopo primo controllo: SI NO

Profilassi **Farmacologica**

Antidepressivi triciclici: SI NO
Se sì quali: _____
Altri antidepressivi: SI NO
Se sì quali: _____
Miorilassanti: SI NO
Se sì quali: _____
Acido Valproico: SI NO
Se sì quali: _____
Tossina Botulinica: SI NO

Profilassi **Non farmacologica**

Biofeedback: SI NO
Agopuntura: SI NO
Fisioterapia: SI NO
Terapia comportamentale: SI NO
Relaxation training: SI NO
Altro (specificare): _____



Parte facoltativa

Controlli dopo prima visita

Venuti a controllo ?

SI NO

Se si, quando:

dopo 1 mese

1-3 mesi

> 6 mesi

Nel corso dei controlli modificata terapia?

Per episodio acuto SI NO

Indicare farmaco consigliato: _____

Per Profilassi SI NO

Indicare farmaco consigliato: _____

Terapia per episodio acuto (indicare quale farmaco):

Antidolorifici antinfiammatori

Paracetamolo:

Ibuprofene:

Ketoprofene:

Diclofenac:

Naprossene:

Acido acetil salicilico:

Indometacina:

Nimesulide:

Metoclopramide:

Ondasetron:

Domperidone:

Triptani

Sumatriptan orale 50 - 100:

Sumatriptan spray nasale 10-20:

Zolmitriptan orale 2,5-5, 10:

Zolmitriptan spray nasale 5:

Almotriptan 6,25-12,5:

Rizatriptan 5-10:

Eleletriptan:

Naratriptan:

Altro (specificare): _____