

Questionario sull'impatto della cefalea a grappolo (Cluster Headache Impact Questionnaire – CHIQ)

Lo scopo di questo questionario è di descrivere l'impatto **ATTUALE** della cefalea a grappolo sulla sua vita quotidiana. **Indichi con una crocetta, per ciascuna domanda, la risposta che meglio descrive la sua condizione nell'ULTIMA SETTIMANA.**

1. Quanto spesso il suo mal di testa ha avuto un impatto sulla sua capacità di lavorare, svolgere le attività domestiche o far fronte ad altre responsabilità?

Mai Raramente Qualche volta Spesso Molto spesso Sempre

2. Quanto spesso il suo mal di testa ha avuto un impatto sulla sua vita familiare, sulle attività del tempo libero o sui contatti sociali?

Mai Raramente Qualche volta Spesso Molto spesso Sempre

3. Quanto spesso si è sentito/a troppo stanco/a per lavorare o svolgere le sue attività quotidiane a causa di mal di testa notturno?

Mai Raramente Qualche volta Spesso Molto spesso Sempre

4. Quanto spesso ha avuto la sensazione di non poterne più o si è sentito/a irritato/a a causa del suo mal di testa?

Mai Raramente Qualche volta Spesso Molto spesso Sempre

5. Quanto spesso ha avuto paura di programmare qualcosa a causa dell'imprevedibilità degli attacchi di mal di testa?

Mai Raramente Qualche volta Spesso Molto spesso Sempre

6. Quanto spesso è stato incapace di pensare lucidamente o di concentrarsi anche tra un attacco e l'altro?

Mai Raramente Qualche volta Spesso Molto spesso Sempre

7. Quanto spesso si è fatto/a del male (ad esempio, battendo la testa o mordendo l'interno della guancia) durante il mal di testa?

Mai Raramente Qualche volta Spesso Molto spesso Sempre

8. Quanto spesso si è sentito/a un peso per gli altri a causa del mal di testa?

Mai Raramente Qualche volta Spesso Molto spesso Sempre

Quanti attacchi ha avuto in totale nell'ultima settimana? _____ attacchi

Quanto spesso ha assunto farmaci per l'attacco acuto di cefalea a grappolo nell'ultima settimana? _____ triptani/ossigeno