

MIGRAINE : AUTOÉVALUATION



	OUI	NON
Au cours des 3 derniers mois, vos maux de tête ont-ils été accompagnés de nausées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours des 3 derniers mois, étiez-vous plus sensible à la lumière lorsque vous aviez des maux de tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours des 3 derniers mois, est-ce que vos maux de tête ont limité votre capacité à travailler, à étudier, à vous occuper de vos enfants ou à réaliser certaines activités du quotidien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En moyenne, combien de jours par mois avez-vous des maux de tête? _____		
En moyenne, combien de jours par mois n'avez-vous PAS de maux de tête? _____		
Combien de jours par mois prenez-vous de la médication pour traiter vos maux de tête (par exemple, acétaminophène, anti-inflammatoires (ibuprofène, naproxen, etc.) ou aspirine)?	Moins de 15 jours par mois <input type="checkbox"/>	Plus de 15 jours par mois <input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu « oui » à au moins 2 questions parmi les questions 1-3, il est possible que vous viviez avec la migraine. Consultez votre médecin, infirmière praticienne ou pharmacien·ne.

Si vous avez répondu « non » aux questions 1-3, ou si vous avez répondu « oui » à une seule de ces trois questions, vous ne vivez probablement pas avec la migraine. Vous pouvez toutefois consulter votre médecin si votre état vous inquiète, ou si la situation évolue.

Avertissement: ce questionnaire ne constitue pas un diagnostic. Consultez un professionnel de la santé si vous pensez avoir la migraine ou que vos maux de tête sont très fréquents et intenses.