



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES MAUX DE TÊTE

Date : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Votre âge : _____ ans Sexe : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone (résidence) : _____

Téléphone (bureau) : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____ Profession : _____

Je souhaite recevoir votre infolettre. Je ne souhaite pas recevoir votre infolettre.
VEUILLEZ NOTER QUE VOUS POUVEZ EN TOUT TEMPS SIGNIFIER VOTRE DESIR DE NE PLUS RECEVOIR L'INFOLETTRE.

Je suis référé(e) ici par : Mon médecin. Son nom : _____

Mon chiropraticien. Son nom : _____

Mon thérapeute. Son nom : _____

Profession : _____

Un patient. Son nom : _____

Une publicité. Laquelle : _____

Autre. SVP précisez : _____

S.V.P.

Afin de nous aider à mieux vous servir, établir le bon diagnostic et nous permettre de déterminer si nous sommes en mesure de vous aider, veuillez remplir ce questionnaire avec le plus d'attention et de minutie possible. Si vous avez besoin d'aide, n'hésitez pas à demander l'assistance de nos adjointes.

Merci de votre collaboration !

Votre âge : _____ ans Date de naissance : _____ Taille : _____ pi/m Poids : _____ lbs/kg

1. À quel âge avez-vous ressenti votre premier mal de tête ?

_____ ans

2. Y a-t-il un événement qui soit à l'origine de ces maux de tête ?

Accident, traumatisme. Expliquez : _____

Choc émotif. Expliquez : _____

Je ne me rappelle pas.

3. Au cours des dernières années, vos maux de tête se sont-ils amplifiés ?

- Oui, ils sont plus fréquents depuis quelques semaines
- Oui, ils sont plus fréquents depuis quelques mois
- Oui, ils sont plus fréquents depuis quelques années
- Non, ils sont constants

4. Si un diagnostic a été posé pour vos maux de tête, lequel ou lesquels ? (plus d'une réponse est possible)

- Migraine
- Céphalées de tension (maux de tête de tension)
- Céphalées de Horton
- Névralgie d'Arnold
- Autre. Lequel : _____
- Je ne me souviens pas du diagnostic
- Aucun diagnostic n'a été posé

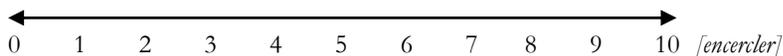
5. À quelle fréquence ressentez-vous vos maux de tête ?

- Mes migraines se manifestent en moyenne ____ fois par jour / semaine / mois / année **[encercler]**
Mes céphalées de tension se manifestent en moyenne ____ fois par jour / semaine / mois / année **[encercler]**
Mes céphalées de Horton se manifestent en moyenne ____ fois par jour / semaine / mois / année **[encercler]**
Mes névralgies d'Arnold se manifestent en moyenne ____ fois par jour / semaine / mois / année **[encercler]**
Mes _____ se manifestent en moyenne ____ fois par jour / semaine / mois / année **[encercler]**

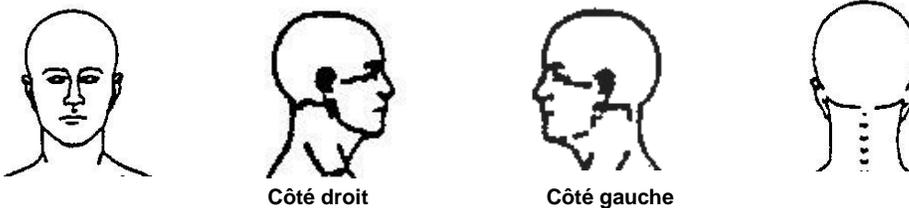
6. Si non traités, mes maux de tête durent :

- Mes migraines durent en moyenne _____ heures / jours / semaines **[encercler]**
Mes céphalées de tension durent en moyenne _____ heures / jours / semaines **[encercler]**
Mes céphalées de Horton durent en moyenne _____ heures / jours / semaines **[encercler]**
Mes névralgie d'Arnold durent en moyenne _____ heures / jours / semaines **[encercler]**
Mes _____ durent en moyenne _____ heures / jours / semaines **[encercler]**

7. L'intensité moyenne de mes maux de tête est : (0 étant aucune douleur et 10 la pire douleur jamais ressentie)



8. Veuillez localiser sur les dessins ici-bas l'emplacement de vos maux de tête :



9. Décrivez vos maux de tête (plus d'une réponse est possible)

- Pulsatifs
- Élançements
- Sensations de chocs électriques
- Localisés surtout sur le côté gauche / droite **[encercler]**
- Ils alternent d'un côté à l'autre

10. En moyenne, si vous ne traitez pas votre mal de tête, combien de temps le ressentez-vous ?

- Moins de 4 heures
- Entre 4 et 24 heures
- Entre 24 et 48 heures
- Entre 48 et 72 heures
- Plus de 72 heures (3 jours)

11. Mes maux de tête sont souvent accompagnés de : (plus d'une réponse est possible)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vision embrouillée | <input type="checkbox"/> Nausées |
| <input type="checkbox"/> Vomissements | <input type="checkbox"/> Sensibilité à la lumière |
| <input type="checkbox"/> Sensibilité aux bruits | <input type="checkbox"/> Transpiration |
| <input type="checkbox"/> Engourdissements | <input type="checkbox"/> Sensation de brûlures |
| <input type="checkbox"/> Faiblesses | <input type="checkbox"/> Étourdissements |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

12. Ressentez-vous un ou plusieurs des symptômes suivants (appelés « aura ») juste avant le début de vos maux de tête ?

- Perturbations visuelles (vue embrouillée, points noirs dans votre champ de vision, etc.)
 Perturbations sensitives (engourdissements d'un côté du visage et/ou de votre corps)
 Difficultés d'élocution (difficultés à trouver vos mots, à former des phrases ou à les comprendre)
 Perte de force ou paralysie d'un côté de votre corps
 Autres symptômes qui précèdent vos maux de tête : _____

Si vous ne ressentez aucun de ces symptômes précurseurs, veuillez poursuivre à la question # 15

13. Si vous avez déjà ressenti ce type de symptômes précurseurs à vos maux de tête, combien de fois est-ce arrivé ?

- Une fois seulement Plus de 2 fois Toujours (à chaque épisode de mal de tête)

14. Combien de temps durent ces symptômes ?

- | | | | |
|---------------------------|--|---|---|
| Perturbations visuelles | <input type="checkbox"/> moins de 60 minutes | <input type="checkbox"/> Environ 60 minutes | <input type="checkbox"/> Plus de 60 minutes |
| Perturbations sensitives | <input type="checkbox"/> moins de 60 minutes | <input type="checkbox"/> Environ 60 minutes | <input type="checkbox"/> Plus de 60 minutes |
| Difficultés d'élocution | <input type="checkbox"/> moins de 60 minutes | <input type="checkbox"/> Environ 60 minutes | <input type="checkbox"/> Plus de 60 minutes |
| Perte de force /Paralysie | <input type="checkbox"/> moins de 60 minutes | <input type="checkbox"/> Environ 60 minutes | <input type="checkbox"/> Plus de 60 minutes |
| Autres symptômes | <input type="checkbox"/> moins de 60 minutes | <input type="checkbox"/> Environ 60 minutes | <input type="checkbox"/> Plus de 60 minutes |

15. Mes maux de tête sont déclenchés par : (plus d'une réponse est possible)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> La fatigue | <input type="checkbox"/> L'alcool (sauf le vin rouge) |
| <input type="checkbox"/> Les éternuements | <input type="checkbox"/> La mastication |
| <input type="checkbox"/> Les mouvements de la tête | <input type="checkbox"/> Le travail (environnement) |
| <input type="checkbox"/> Les sinusites | <input type="checkbox"/> Stress / tension |
| <input type="checkbox"/> Certains médicaments | <input type="checkbox"/> En me rasant |
| <input type="checkbox"/> Parler | <input type="checkbox"/> La cigarette |
| <input type="checkbox"/> Ne pas avoir mangé | <input type="checkbox"/> Mes activités sexuelles |
| <input type="checkbox"/> Trop dormir | <input type="checkbox"/> Certaines phases de mon cycle menstruel |
| <input type="checkbox"/> Être couché | <input type="checkbox"/> L'exercice |
| <input type="checkbox"/> Le café | <input type="checkbox"/> Le chocolat |
| <input type="checkbox"/> Le fromage | <input type="checkbox"/> Le vin rouge |
| <input type="checkbox"/> Le mono glutamate de sodium (MGS) | <input type="checkbox"/> Les agrumes (orange, pamplemousse, citron, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Les bananes | <input type="checkbox"/> Les produits diètes (qui contiennent de l'aspartame) |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

16. Est-ce que la douleur débute à l'arrière de votre tête ?

- Oui Non

17. Vos maux de tête sont-ils associés à des raideurs au cou et/ou aux épaules (trapèzes) ?

- Oui Non

18. Lesquels de ces énoncés décrivent vos maux de tête ?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Douleur de modérée à sévère qui perturbe mes activités quotidiennes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Douleur pulsative | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maux de tête qui s'amplifient avec l'activité physique (ex. monter des escaliers) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maux de tête accompagnés de nausées et/ou de vomissements | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maux de tête qui s'amplifient au contact d'une forte luminosité | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maux de tête qui s'amplifient avec les bruits environnants | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Pour Femmes seulement

Messieurs, poursuivez à la question # 25

19. Associez-vous vos maux de tête à votre cycle menstruel ?

- Non Oui : _____

20. Prenez-vous des hormones synthétiques (anovulants ou hormones de remplacement pour les troubles de ménopause) ?

- Non Oui : _____

21. Associez-vous vos maux de tête à la prise d'hormones synthétiques (anovulants ou hormones de remplacement pour les troubles de ménopause) ?

- Non Oui : _____

22. Êtes-vous présentement enceinte ?

- Oui, depuis _____ Non C'est possible, je ne suis pas certaine

23. Combien de fois avec vous été enceinte ?

- Jamais _____ fois Date de la dernière grossesse ? _____

24. Combien d'accouchement(s) ?

- Jamais _____ fois Date du dernier accouchement ? _____

Diagnostic & Traitements

25. Afin d'établir un diagnostic, quels professionnels de la santé avez-vous déjà consultés ?

Nom	Spécialité	Diagnostic	Date de consultation
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Quels sont les tests qui ont été effectués afin d'établir un diagnostic ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Radiographies de votre tête | <input type="checkbox"/> Radiographies de votre cou |
| <input type="checkbox"/> Tests sanguins | <input type="checkbox"/> Résonance magnétique de votre tête |
| <input type="checkbox"/> Électroencéphalogramme | <input type="checkbox"/> Tomographie axiale de votre tête (TACO) |

26. Quels ont été les résultats de ces tests ?

Normaux Anormaux, expliquez : _____

27. Y a-t-il des membres de votre famille qui souffrent de céphalées et/ou de migraines ?

Non
 Oui Lesquels ? Mère
 Père
 Sœur(s) / frère(s)
 Enfant(s)
 Parenté du côté de ma mère
 Parenté du côté de mon père

28. Quels médicaments prenez-vous régulièrement pour prévenir vos maux de tête ?

<u>Nom du médicament</u>	<u>Dosage quotidien (mg)</u>
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____

29. Quels médicaments (prescrits ou en vente libre) prenez-vous pour soulager vos maux de tête ?

<u>Nom du médicament</u>	<u>Dosage quotidien (mg)</u>
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____

30. Prenez-vous d'autres médicaments ?

<u>Nom du médicament</u>	<u>Dosage quotidien (mg)</u>
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____

31. Quelles autres méthodes avez-vous essayées (autres que la médication) qui ont donné des résultats positifs ?

Modifications alimentaires
 Acupuncture
 Chiropratique
 Massages
 Compresses chaudes
 Application de glace
 Stimulation électrique (TENS)
 Produits naturels. Lesquels : _____

Tabagisme & Hygiène de vie

32. Fumez-vous la cigarette ?

- Oui Non (Passez à la question # 37)

33. En moyenne, combien de cigarettes par jour fumez-vous ? (un paquet = 20 cigarettes)

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 à 5 | <input type="checkbox"/> 6 à 10 |
| <input type="checkbox"/> 11 à 15 | <input type="checkbox"/> 16 à 20 |
| <input type="checkbox"/> 21 à 25 | <input type="checkbox"/> 26 à 30 |
| <input type="checkbox"/> 31 à 35 | <input type="checkbox"/> 36 à 40 |
| <input type="checkbox"/> Plus de 41. Combien ? _____ | |

34. Fumez-vous autre chose que la cigarette ?

- Oui Non (Passez à la question # 37)

35. Que fumez-vous ?

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cigares | <input type="checkbox"/> Pipe |
| <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

36. Depuis combien d'années fumez-vous ?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 à 5 ans | <input type="checkbox"/> 6 à 10 ans |
| <input type="checkbox"/> 11 à 15 ans | <input type="checkbox"/> 16 à 20 ans |
| <input type="checkbox"/> 21 à 25 ans | <input type="checkbox"/> 26 à 30 ans |
| <input type="checkbox"/> 31 à 35 ans | <input type="checkbox"/> 36 à 40 ans |
| <input type="checkbox"/> Plus de 41 ans | |

37. Consommez-vous de l'alcool ?

- Oui Non (Passez à la question # 40)

38. Au cours de la dernière année, quelle a été votre consommation moyenne d'alcool par semaine ?

(1 consommation = 1 bière = 1 verre de vin = 1 once de boisson forte)

- Aucune ou moins de 1 consommation par semaine
 1 à 5 consommations par semaine
 6 à 10 consommations par semaine
 11 à 15 consommations par semaine
 16 à 20 consommations par semaine
 21 à 25 consommations par semaine
 Plus de 25 consommations par semaine

39. Au cours de la dernière année, en moyenne, combien de jours par semaine avez-vous consommé de l'alcool ?

- Aucun à moins de 1 journée par semaine
 2 jours par semaine
 3 jours par semaine
 4 jours par semaine
 5 jours par semaine
 6 jours par semaine
 7 jours par semaine

40. Vous adonnez-vous à des activités physiques (exercice) de façon régulière ?

- Oui Non (Passez à la question # 43)

41. Combien d'heures par semaine, en moyenne, consacrez-vous à l'activité physique ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de 1 heure | <input type="checkbox"/> Entre 1 et 2 heures |
| <input type="checkbox"/> Entre 2 et 3 heures | <input type="checkbox"/> Entre 3 et 4 heures |
| <input type="checkbox"/> Entre 4 et 5 heures | <input type="checkbox"/> Entre 5 et 6 heures |
| <input type="checkbox"/> Entre 6 et 7 heures | <input type="checkbox"/> Plus de 7 heures |

42. Pratiquez-vous des sports de contact ?

(Hockey, football, boxe, arts martiaux, etc.)

- Non Oui. Lequel ou lesquels : _____

43. Est-ce que vos maux de tête ont été associés à l'un des problèmes suivants ?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Hypoglycémie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Problèmes à la colonne cervicale | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Problèmes avec vos yeux (glaucome, myopie, etc.) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Problèmes de sinus, oreilles, dents, mâchoire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Problèmes de santé mineurs comme le rhume, la grippe | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Apnée de sommeil | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

44. Consommation :

- Café ou thé ; _____ / jour Boissons gazeuses ; _____ / jour Eau ; _____ ml / jour

45. Concernant votre sommeil :

Nombre d'heures par nuit en moyenne : _____ Position de sommeil : _____

Qualité du sommeil : _____ / 10 Autres remarques : _____

Croyez-vous que votre système de sommeil (matelas, oreillers) contribue à votre problématique ? Oui Non

Historique

46. Comment s'est déroulée votre naissance ?

- Je ne sais pas
 Naissance naturelle
 Naissance par césarienne
 Ma mère a accouché sous anesthésie
 J'ai été extirpé sans aide extérieure
 J'ai été extirpé à l'aide d'une traction manuelle sur ma tête
 J'ai été extirpé à l'aide de forceps
 J'ai été extirpé à l'aide de ventouses

47. Avez-vous pratiqué, avant l'âge de 16 ans, des sports de contact ?

- Non Oui. Lequel ou lesquels : _____

48. Quels traumatismes (même mineurs) avez-vous subis depuis votre naissance ?

- Chute d'une hauteur de plus de 3 pieds (1 mètre) avant l'âge de 1 an (bassinette, chaise haute, etc.)
 Chute d'une hauteur de plus de 3 pieds (1 mètre) : _____ à quel âge ? _____

- Commotion cérébrale : _____ à quel âge ? _____
- Blessures de sport : _____ à quel âge ? _____
- Blessures au travail : _____ année ? _____
- Accident d'auto, décrivez : _____
_____ année ? _____

49. Quels problèmes sont rencontrés souvent dans votre famille (parents, grands-parents, frères, sœurs, enfants) ?

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Maladies cardio-vasculaires |
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde | <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques | <input type="checkbox"/> Subluxation vertébrales |
| <input type="checkbox"/> Alcoolisme | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

50. Avez-vous déjà été diagnostiqué pour une des maladies suivantes ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arthrite rhumatoïde | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques | <input type="checkbox"/> Cancer. Lequel : _____ |
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Dépression / Burn-out |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Angine de poitrine | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Colites / maladie de crohn | <input type="checkbox"/> Troubles de thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Ulcères à l'estomac | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | <input type="checkbox"/> Aucune |

51. Quelles chirurgies avez-vous déjà subies ?

- | | |
|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ablation des amygdales | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ablation de la vésicule biliaire | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ablation de l'appendice | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Cataractes | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie visuelle au laser | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie à la colonne vertébrale | En quelle année? _____ |
| _____ cou | En quelle année? _____ |
| _____ dos | En quelle année? _____ |
| _____ bas du dos | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ablation d'un segment d'intestin | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie aux sinus | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie cardiaque (pontages) | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie au(x) genou(x) | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie pour le tunnel carpien (poignet) | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | En quelle année? _____ |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | En quelle année? _____ |

52. À quelles substances êtes-vous allergique ?

- | | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Poils d'animaux | <input type="checkbox"/> Poussière | <input type="checkbox"/> Parfum |
| <input type="checkbox"/> Moisissures | <input type="checkbox"/> Aérosols | <input type="checkbox"/> Acariens | <input type="checkbox"/> Lait de vache |
| <input type="checkbox"/> Œufs | <input type="checkbox"/> Noix | <input type="checkbox"/> Soya | <input type="checkbox"/> Blé |
| <input type="checkbox"/> Miel | <input type="checkbox"/> Fraises | <input type="checkbox"/> Agrumes | <input type="checkbox"/> Crustacés (ex. crabe) |
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> Autres : _____ | | |

Impact sur la vie quotidienne

Quel type de soins recherchez-vous ?

1. Symptomatique : c'est-à-dire soulager les symptômes seulement _____
2. Correction : régler la cause de votre (vos) problème(s) _____
3. Correction de la cause & prévention de problèmes futurs _____

Quelles activités vous ne faites plus depuis que vous avez ce(s) problème(s) de santé ? (ex : activités sportives, loisirs, travail, jouer avec vos enfants ou petits-enfants...)

Est-ce que ce(s) problème(s) influence(nt) vos relations interpersonnelles avec...

- Votre conjoint(e) Votre (vos) enfant(s) Vos collègues de travail

Est-ce que ce(s) problème(s) nuise(nt)-il(s) à...

- Votre travail Votre sommeil Vos activités sportives

Que seriez-vous prêt(e) à faire pour régler ce problème ?

- | | | |
|---|-----|-----|
| Modifier votre façon de vous alimenter (alcool, cigarettes, etc.) | Oui | Non |
| Modifier votre hygiène de vie (exercice, stress, etc.) | Oui | Non |
| Entamer des soins de correction sur quelques mois | Oui | Non |

Si vous êtes affligé(e) de plusieurs problèmes et que nous ne pouvons n'en régler qu'un seul, lequel choisiriez-vous ?

Et pourquoi avez-vous choisi ce dernier ?

Autres précisions que vous aimeriez nous fournir :

Est-ce que vous nous autorisez, si nécessaire, à communiquer avec votre médecin de famille : Oui Non

Nom du médecin de famille : _____ Clinique : _____

J'autorise par la présente le chiropraticien à effectuer les examens qu'il jugera nécessaires à l'ouverture de mon dossier. Il est possible que certains patients ressentent des courbatures ou une légère aggravation des symptômes à la suite de l'examen. Ces symptômes sont généralement de courte durée, mais il est important de les mentionner au chiropraticien à votre prochaine visite.

J'autorise mon chiropraticien à accéder aux renseignements et aux documents contenus dans mon Dossier Santé Québec (DSQ) lorsque ces informations sont nécessaires pour lui permettre de me prodiguer les soins chiropratiques requis à mon état de santé.

J'autorise la consultation des renseignements et des documents du domaine médicament, du domaine laboratoire et du domaine imagerie médicale ainsi qu'aux autres domaines à venir.

Signature : _____ Date : _____

Suite à l'analyse minutieuse de votre questionnaire, votre chiropraticien vous rencontrera afin d'éclaircir certains points et procédera à des tests pour vérifier si votre problème relève de notre expertise. Si tel n'est pas le cas, nous vous référerons au professionnel de la santé approprié.