

پرسشنامه ثبت میگرن کودکان

اطلاعات شخصی	
1. نام و نام خانوادگی	
2. تاریخ تولد	
3. شهر محل تولد	
4. تلفن همراه	
5. محل سکونت فعلی	
6. میزان تحصیلات	
7. کد ملی	

سابقه پزشکی کودک (PMH)	
سابقه ی جراحی	
معاینات عصبی	طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> :

شرح حال خانوادگی میگرن			
پدر :	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	مادر : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
خواهر :	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	برادر : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
دایی :	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	عمو : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
خاله :	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	عمه : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
پدر بزرگ :	دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	مادر بزرگ : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>

سایر بیماری های نورولوژیک (تشنج، سکته مغزی،...)	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

تشخیص اولیه سردرد	میگرن <input type="checkbox"/> تنشی <input type="checkbox"/> خوشه ای <input type="checkbox"/> مزمن <input type="checkbox"/>
تشخیص نهایی سردرد	میگرن با اورا <input type="checkbox"/> میگرن بدون اورا <input type="checkbox"/> تنشی <input type="checkbox"/> خوشه ای <input type="checkbox"/> مزمن <input type="checkbox"/> واریان های میگرن <input type="checkbox"/>

جزئیات سردرد

1. زمان شروع سردرد	کمتر از 6 ماه <input type="checkbox"/> 6 تا 12 ماه <input type="checkbox"/> بیشتر از 12 ماه <input type="checkbox"/>
2. محل سردرد	یکطرفه: فرونتال <input type="checkbox"/> پاریتال <input type="checkbox"/> ورتیکال <input type="checkbox"/> اکسی پیتال <input type="checkbox"/> تمپورال <input type="checkbox"/> جنرالیزه <input type="checkbox"/>
	دوطرفه: فرونتال <input type="checkbox"/> پاریتال <input type="checkbox"/> ورتیکال <input type="checkbox"/> اکسی پیتال <input type="checkbox"/> تمپورال <input type="checkbox"/> جنرالیزه <input type="checkbox"/>
3. شدت سردرد	خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید <input type="checkbox"/> ناتوان کننده <input type="checkbox"/>
4. نوع سردرد	فشارنده <input type="checkbox"/> خنجری <input type="checkbox"/> سوزنی <input type="checkbox"/> ضربان دار <input type="checkbox"/> مبهم <input type="checkbox"/>
5. مدت سردرد	دقایق <input type="checkbox"/> ساعت ها <input type="checkbox"/> روزها <input type="checkbox"/>
6. دفعات سردرد	کمتر از یک بار در ماه <input type="checkbox"/> 2 تا 4 بار در ماه <input type="checkbox"/> 5 تا 8 بار در ماه <input type="checkbox"/> بیشتر از 9 بار در ماه <input type="checkbox"/>
7. در چه زمانی سردرد بیشتر است	صبح <input type="checkbox"/> ظهر <input type="checkbox"/> بعداز ظهر <input type="checkbox"/> عصر <input type="checkbox"/> شب <input type="checkbox"/> تفاوتی ندارد <input type="checkbox"/>
8. در چه فصلی سردرد بیشتر است	بهار <input type="checkbox"/> تابستان <input type="checkbox"/> پاییز <input type="checkbox"/> زمستان <input type="checkbox"/> تفاوتی ندارد <input type="checkbox"/>

علائم اورا (Aura)	ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> : بینایی <input type="checkbox"/> شنوایی <input type="checkbox"/> حسی <input type="checkbox"/> علائم ساقه مغز <input type="checkbox"/>
علائم هشدار دهنده اولیه	تغییرات خلق <input type="checkbox"/> تغییرات شخصیتی <input type="checkbox"/> تغییر اشتها <input type="checkbox"/> احساس خستگی مفرط <input type="checkbox"/> درد گردن <input type="checkbox"/>
علائم همراه	تهوع <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> سرگیجه <input type="checkbox"/> ریزش اشک <input type="checkbox"/> بی قراری <input type="checkbox"/> اختلال خلق <input type="checkbox"/> فتوفوبی <input type="checkbox"/> فونوفوبی <input type="checkbox"/>
علائم تخفیف دهنده ی سردرد	خوابیدن <input type="checkbox"/> استراحت در اتاق تاریک <input type="checkbox"/> ورزش <input type="checkbox"/> ماساژ محل درد روی سر <input type="checkbox"/> بستن سر با باند یا پارچه <input type="checkbox"/> کمپرس سرد یا گرم <input type="checkbox"/>
اثرات سردرد بر عملکرد	عملکرد طبیعی <input type="checkbox"/> اثر خفیف بر عملکرد <input type="checkbox"/> اثر شدید بر عملکرد <input type="checkbox"/>

نتایج ارزیابی ها

آزمایشات روتین	طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> : انجام نداد <input type="checkbox"/>
EEG	طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> : انجام نداد <input type="checkbox"/>
CT اسکن مغزی	طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> : انجام نداد <input type="checkbox"/>
MRI مغز	طبیعی <input type="checkbox"/> غیرطبیعی <input type="checkbox"/> : انجام نداد <input type="checkbox"/>

	مسکن مورد استفاده هنگام سردرد
	داروهای پیشگیری از سردرد

فرد ثبت کننده: