

Ime in priimek:

Z vprašalnikom ocenjujemo stopnjo bolečine in zmanjšanje opravilne sposobnosti* zaradi glavobola. Vam in zdravniku pomaga najti za vas najustreznejši način zdravljenja.



NAVODILA

V odgovorih na vprašanja upoštevajte vse glavobole v preteklih **3 mesecih**. Odgovore vnesite v okvirčke ob vprašanjih. Če se z dejavnostjo v preteklih **3 mesecih** niste ukvarjali, vnesite ničlo.

1. Koliko dni ste v preteklih 3 mesecih zaradi glavobola izostali od dela ali od pouka?
(Če ne obiskujete šole ali niste zaposleni, vnesite ničlo.)



2. Koliko dni je bila v preteklih 3 mesecih vaša storilnost pri delu ali v šoli zaradi glavobola zmanjšana za polovico ali več?
(Ne upoštevajte dneve v odgovoru na 1. vprašanje, ko ste od dela ali pouka izostali. Če ne obiskujete šole ali niste zaposleni, vnesite ničlo.)



3. Koliko dni v preteklih 3 mesecih zaradi glavobola niste opravili gospodinskega dela?



4. Koliko dni v preteklih 3 mesecih je bila vaša storilnost pri gospodinskem delu zaradi glavobola zmanjšana za polovico ali več?
(Ne upoštevajte dneve v odgovoru na 3. vprašanje, ko gospodinskega dela zaradi glavobola niste opravili.)



5. Koliko dni se v preteklih 3 mesecih zaradi glavobola niste udeležili družinskih, družabnih ali prostočasnih dejavnosti?



SKUPNO:



A. Koliko dni ste v preteklih 3 mesecih imeli glavobol?
(Če je glavobol trajal dlje kot 1 dan, štejte vsak dan glavobola posebej.)



B. Na lestvici od 0 do 10 s povprečno oceno ocenite, kako boleči so bili glavoboli.
(0 = bolečina odsotna; 10 = najmočnejša bolečina)



* ocenitev zmanjšane opravilne sposobnosti pri migreni se nanaša na ocenitev zmanjšanih delovnih in življenjskih sposobnosti pri migreni