



Анкета сопутствующих нарушений при мигрени (Осиповой В.В.)

Ф.И.О.: _____

Дата заполнения анкеты: _____

Поставьте + или - в графе «Да» и подчеркните нужное.

| Жалобы | Да |
|---|--------------------------|
| Вас беспокоит, что Вы слишком тревожны | <input type="checkbox"/> |
| Вы почти всегда в подавленном настроении | <input type="checkbox"/> |
| Вы часто недовольны своим сном | <input type="checkbox"/> |
| У Вас бывают тупые, давящие или распирающие головные боли во всей голове или в висках с 2х сторон, низкой или средней интенсивности | <input type="checkbox"/> |
| Вас часто беспокоит напряжение или боли в мышцах шеи и затылка | <input type="checkbox"/> |
| Вы очень сильно потеете (ладони, стопы, подмышечные впадины, область головы, общая потливость - подчеркнуть) | <input type="checkbox"/> |
| Вас часто беспокоят обмороки или обморочные состояния: в душном помещении, при длительном стоянии, другое _____ - подчеркнуть | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--|
| <p>У Вас часто бывают нарушения дыхания: потребность делать частые глубокие вдохи, чувство нехватки воздуха, другое _____ - подчеркнуть</p> <p>В каких ситуациях возникают эти нарушения: волнение, духота, другое _____</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>У Вас низкое артериальное давление)</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>У Вас часто повышается артериальное давление</p> <p>Вам поставлен диагноз артериальной гипертонии</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>Вы плохо переносите вестибулярные нагрузки: карусель, самолет, дороги «серпантин» - подчеркнуть</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Ваши руки часто мерзнут и/или меняют цвет в холодной воде или на морозе</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>У Вас есть аллергия: пыльца растений, пищевые продукты, шерсть животных, лекарственные препараты, другое _____ - подчеркнуть</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>Вы всегда чутко реагируете на перемену погоды</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>У Вас есть заболевания желудочно-кишечного тракта: язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки, дискинезия желчных путей, хронический гастрит, другое _____</p> | <input type="checkbox"/> |
| <p>У Вас обнаружен пролапс митрального клапана</p> <p>Имеются данные обследований, подтверждающие это</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>У Вас бывают или были раньше приступы с потерей сознания и судорогами</p> <p>Имеются данные обследований в связи с этими приступами</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <p>Вы перенесли инсульт</p> <p>Имеются данные обследований, подтверждающие это</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |