

# ANEXO

**Inquérito sobre efeitos adversos de  
medicamentos usados na enxaqueca**

As questões que se seguem dizem respeito a alguns medicamentos que se tomam nas crises de dor de cabeça.

Agradecemos que respondesse, o melhor que lhe for possível, às perguntas do seguinte questionário.

Deve-se assinalar com uma cruz o quadrado que se encontra em frente da resposta que mais se aproxima do que sente.

1. **Onde vive?** (concelho) \_\_\_\_\_
2. **Qual é a sua profissão/ocupação?** \_\_\_\_\_
3. **Data de nascimento** (dia/mês/ano) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
4. **Peso** (quilogramas) \_\_\_\_\_ **Altura** (metros) \_\_\_\_\_
5. **Sexo** Masculino  Feminino  **É menstruada?** Sim  Não

6. **O seu pai, a sua mãe ou algum dos seus irmãos sofre (ou sofreu) de dor de cabeça?** Sim  Não

7. **Quando a dor de cabeça está para começar alguma vez:**

viu pontos brilhantes ou pontos pretos à frente dos olhos?..... Sim  Não

ouviu barulhos nos ouvidos (zumbidos)?..... Sim  Não

sentiu tonturas/vertigens?..... Sim  Não

teve dificuldade em enfrentar o barulho?..... Sim  Não

se sentiu nervoso(a)?..... Sim  Não

Outras sensações: \_\_\_\_\_

8. **Em que sítio da cabeça sente a dor?**
- |                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| no cimo da cabeça       | <input type="checkbox"/> |
| num dos lados da cabeça | <input type="checkbox"/> |
| em toda a cabeça        | <input type="checkbox"/> |
| somente num dos olhos   | <input type="checkbox"/> |

9. **De que tipo de dor se queixa?**
- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| de um aperto na cabeça   | <input type="checkbox"/> |
| de uma guinada na cabeça | <input type="checkbox"/> |
| de um latejar na cabeça  | <input type="checkbox"/> |

**10. Quanto tempo dura a crise de dor de cabeça?**

- menos de 4 horas
- entre 4 a 72 horas (3 dias)
- mais de 72 horas (3 dias)

**11. Durante a crise de dor de cabeça costuma:**

- enjoar ou vomitar
- ter dificuldade em enfrentar a luz
- ter dificuldade em enfrentar o barulho
- ter dificuldade em enfrentar os cheiros

**12. Quantas crises de dor de cabeça tem por mês?**

- de 1 a 3
- de 3 a 6
- mais de 6

**13. Qual dos seguintes medicamentos toma quando tem a crise de dor de cabeça?**

- Imigran® comprimidos       Diletan®       Maxalt®
- Imigran® inalador       Naramig®
- Imigran® injectável       Zomig®

**14. Do medicamento que assinalou, quantos comprimidos, inalações ou injeções, toma por dia quando tem a crise? \_\_\_\_\_**

---

**15. Há quanto tempo toma este medicamento?**

- Há menos de 6 meses
- Entre 6 meses a 1 ano
- Há mais de 1 ano

16. Que outro(s) medicamento(s) toma quando tem a crise de dor de cabeça? \_\_\_\_\_

17. De cada medicamento que referiu na pergunta anterior, quantos comprimidos, supositórios, inalações ou injeções, toma por dia quando tem a crise? \_\_\_\_\_

18. Que medicamento(s) toma todos os dias para prevenir as crises de dor de cabeça? \_\_\_\_\_

19. O seu pai, a sua mãe ou algum dos seus irmãos sofre (ou sofreu) de angina de peito ou teve um ataque do coração (enfarte do miocárdio)?

Sim  Não

**A pergunta seguinte é dirigida a si próprio(a):**

20. Sofre de alguma das seguintes doenças?

Tensão alta.....

Angina de peito.....

Ataque do coração no último ano.....

Trombose no último ano.....

Insuficiência cardíaca ou coração aumentado.....

Colesterol alto.....

Açúcar alto (Diabetes).....

Bronquite crónica/asma/enfisema.....

Artrites ou reumatismo.....

Varizes/má circulação.....

Problemas na próstata.....

Problemas de visão num ou em ambos os olhos mesmo quando usa óculos.....

Problemas de audição num ou em ambos os ouvidos .....

Outras doenças: \_\_\_\_\_

21. Que outros medicamentos toma habitualmente? \_\_\_\_\_

A seguir estão descritos alguns sintomas que podem estar associados à toma dos medicamentos referidos na pergunta 13, isto é, ao Imigranâ comprimidos, ao Imigranâ inalador, ao Imigranâ injectável, ao Diletanâ, ao Naramigâ, ao Zomigâ ou ao Maxaltâ.

Só deve preencher o resto do questionário se toma algum destes medicamentos quando tem a crise de dor de cabeça.

Por favor assinale qual ou quais os sintomas que sente *depois de os tomar.*

## 22. Gerais

Fadiga/cansaço.....	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Dor na barriga.....	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Dor no peito.....	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Sensação de aperto, pressão, peso ou calor no peito que pode subir para o pescoço ou cabeça.....	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Afrontamentos.....	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

## 23. Digestivos

Boca seca/sede.....	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Sensação de enjoo.....	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Vómitos.....	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Dificuldade em fazer a digestão.....	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Diarreia.....	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Fezes escuras ou sangue nas fezes.....	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

## 24. Sistema nervoso

- A dor de cabeça continua ou a dor de cabeça aumenta  
ou a dor de cabeça volta a aparecer mais tarde..... Sim  Não
- Tonturas..... Sim  Não
- Vertigens..... Sim  Não
- Sonolência/sensação de sono..... Sim  Não
- Encortiçamento/sensação de formigueiro em  
qualquer parte do corpo..... Sim  Não
- Falta de tacto ou ter sensibilidades estranhas  
ou aumento das sensibilidades..... Sim  Não
- Tem dificuldade em adormecer ou acorda durante a noite..... Sim  Não
- Tem dificuldade em se concentrar..... Sim  Não
- Tremuras..... Sim  Não

## 25. Visão

- Vê turvo ou desfocado..... Sim  Não
- Vê os objectos a dobrar..... Sim  Não
- Vê um ponto preto na vista que o segue para todo lado..... Sim  Não
- Deixa de ver por completo durante algum tempo..... Sim  Não

## 26. Músculo, ossos e articulações

- Falta de força nos músculos..... Sim  Não
- Dor nos músculos..... Sim  Não
- Dificuldade em mexer as articulações das pernas e braços..... Sim  Não

## 27. Respiratórios

- Tem dificuldade em respirar..... Sim  Não
- Sente fome de ar..... Sim  Não
- Sente que está a respirar muitas vezes..... Sim  Não
- Se toma o medicamento por inalação
- sente irritação/ardor no nariz ou garganta..... Sim  Não
  - perde sangue pelo nariz depois da inalação..... Sim  Não
  - sente que se lhe altera o sabor da comida e das bebidas..... Sim  Não

## 28. Pele

Após a toma do medicamento

- aparecem manchas vermelhas na pele..... Sim  Não
- sente comichão..... Sim  Não
- sente-se transpirado..... Sim  Não
- fica com pele de galinha..... Sim  Não

## 29. Coração e circulação

- Sente o coração a bater muito depressa..... Sim  Não
- Sente pancadas no peito ou palpitações do coração..... Sim  Não
- Sente o coração com batimentos alterados..... Sim  Não
- Sente tonturas ao erguer-se ou levantar-se..... Sim  Não

**Obrigado pela sua colaboração**