

## Introduction

Les questions qui suivent portent sur les maux de tête et les habitudes alimentaires qui risquent d'y être associées. Merci de répondre à toutes les questions vous concernant même si vous ne souffrez pas de maux de tête, le remplissage sera alors très rapide.

Les informations recueillies grâce à ce questionnaire nous aideront à améliorer le suivi des évènements de santé dans la cohorte NutriNet-Santé et ainsi améliorer les recherches concernant ces évènements en lien avec la nutrition.

Rappelez-vous :

- Toutes vos informations sont protégées et strictement confidentielles.
  - Utilisez les boutons Précédent et Suivant pour changer de page.
  - Une fois le questionnaire totalement rempli, n'oubliez pas de le « Valider définitivement ». Attention, vous ne pourrez alors plus modifier ce questionnaire.
- Bon remplissage et merci de votre participation !

## Maux de tête

**Avez-vous déjà eu des maux de tête (n'importe quel type) ?**

- Oui  Non

**À quel âge avez-vous commencé à souffrir de maux de tête (aigus et passagers ou chroniques) ?**

0 - 12 ans

13 - 17 ans

18 - 25 ans

26 - 39 ans

40 - 55 ans

56 ans ou plus tard

Je ne me souviens pas

**Vos maux de tête ont-ils commencé avant ou après la ménopause ?**

Je ne suis pas concerné, je suis un homme

Avant la ménopause

Après la ménopause

Je ne me souviens pas

**Vos maux de tête sont-ils plutôt :**

Aigus et passagers  Chroniques  Aigues et chroniques

**Avez-vous un membre de votre famille au premier degré (père, mère, sœur, frère, enfants) qui souffre de maux de tête ?**

Oui  Non

**Au cours des 3 derniers mois, pendant combien de jours, en moyenne par mois, avez-vous eu mal à la tête ?**

<input type="text"/>	jour(s)
----------------------	---------

**Indiquez la durée cumulée par mois, en nombre de jours, de vos maux de tête les plus sévères :**

	jour(s)

**Indiquez la durée cumulée par mois, en nombre de jours, de vos maux de tête les moins sévères :**

	jour(s)

**Quelquefois un mal de tête est associé à certains phénomènes, comme des troubles visuels, des troubles auditifs ou un engourdissement de certaines parties du corps, particulièrement au début des crises. Avez-vous ressenti de tels troubles appelés « aura » (fourmillements, engourdissements, picotements, perte de sensation ou anesthésie) ?**

Oui  Non

**Lesquels des troubles énoncés décrit le mieux vos auras ? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)**

- Troubles visuels
- Troubles auditifs
- Troubles sensitifs, picotements
- Fourmillements
- Engourdissements
- Difficulté à parler
- Perte de sensation ou anesthésie
- Difficulté à bouger une partie de votre corps
- Autre

Veillez préciser :

**Avez-vous déjà présenté ces phénomènes d'aura sans maux de tête ?**

Oui  Non

**Combien de temps, en minutes, ces phénomènes d'aura durent-ils en moyenne ?**

	minute(s)

**À quelle fréquence présentez-vous ces phénomènes d'aura (avec ou sans mal de tête) ?**

- Moins d'une fois par an
- Une fois par an
- Une fois tous les 6 mois
- Une fois tous les 3 mois
- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Plus d'une fois par semaine

**Lorsque vous avez mal à la tête, à quelle fréquence avez-vous ces phénomènes d'aura ?**

- Jusqu'à 25%
- Jusqu'à 50%
- Jusqu'à 75%
- 100%

**Par rapport à vos maux de tête les plus sévères, lesquels des énoncés suivants décrivent le mieux vos douleurs et autres symptômes ?**

**Cochez la case correspondant à votre réponse.**

**La douleur prédomine d'un seul côté de la tête**

- Jamais
- Rarement
- Souvent

**La douleur est bilatérale (des deux côtés de la tête)**

- Jamais
- Rarement
- Souvent

**La douleur est pulsatile, battante ou lancinante**

- Jamais
- Rarement
- Souvent

**La douleur la plus intense se situe autour d'un œil et/ou sur le front et/ou une tempe**

- Jamais
- Rarement
- Souvent

**La douleur est de type « pression » ou « serrement »**

- Jamais
- Rarement
- Souvent

**La douleur est d'intensité modérée ou sévère**

- Jamais
- Rarement
- Souvent

**La douleur est aggravée par des activités de routine comme marcher ou monter des escaliers**

- Jamais
- Rarement
- Souvent

**Vous avez des nausées ou des maux d'estomac**

- Jamais
- Rarement
- Souvent

**Vous avez des vomissements**

- Jamais
- Rarement
- Souvent

**La lumière vous dérange (plus que quand vous n'avez pas de maux de tête)**

- Jamais
- Rarement
- Souvent

**Le bruit vous dérange (plus que quand vous n'avez pas de maux de tête)**

- Jamais
- Rarement
- Souvent

**Les odeurs vous dérangent (plus que quand vous n'avez pas de maux de tête)**

- Jamais
- Rarement
- Souvent

**Vous vous sentez agité(e) et avez une envie urgente de vous déplacer lorsque vous avez des maux de tête**

- Jamais
- Rarement
- Souvent

**La douleur siège toujours du même côté**

- Jamais
- Rarement
- Souvent

**Quand vous avez mal à la tête, l'œil est rouge et pleure du même côté que la douleur**

- Jamais
- Rarement
- Souvent

**D'une manière générale, est-ce que vos maux de tête sont impactés par vos menstruations ?**

- Je ne suis pas concerné, je suis un homme
- Je ne suis pas concernée, je n'ai pas de menstruations
- Mes menstruations n'ont pas d'impact sur mes maux de tête
- Mes menstruations rendent mes maux de tête plus sévères
- Mes menstruations rendent mes maux de tête moins sévères

**D'une manière générale, est-ce que vos maux de tête ont changé après la ménopause ?**

- Je ne suis pas concerné, je suis un homme
- Je ne suis pas concernée, je ne suis pas ménopausée
- Mes maux de tête n'ont pas changé après la ménopause
- Mes maux de tête sont devenus plus fréquents après la ménopause
- Mes maux de tête sont devenus moins fréquents après la ménopause
- Mes maux de tête sont devenus plus douloureux après la ménopause
- Mes maux de tête sont devenus moins douloureux après la ménopause
- Mes maux de tête ont disparu après la ménopause
- J'ai plus souvent des auras après la ménopause
- J'ai moins souvent des auras après la ménopause
- Je n'ai plus d'auras après la ménopause

**Sur une échelle de 1 à 10 où 1 signifie « très légère » et 10 signifie « très douloureuse », veuillez indiquer la douleur ressentie de vos maux de tête en général.**

1 (très légère) 10 (très douloureuse)

**Prenez-vous actuellement ou avez-vous pris au cours des 3 derniers mois des médicaments pour traiter vos maux de tête ?**

- Oui  Non

**Lequel ou lesquels ?**

**Nom du médicament 1 :**

**Ce médicament est :**

- En vente libre (sans ordonnance)  Prescrit par un médecin

**Nombre de jours de traitement par mois**

 jour(s)

**Souhaitez-vous déclarer un autre médicament ?**

- Oui  Non

**Nom du médicament 2 :**

**Ce médicament est :**

- En vente libre (sans ordonnance)  Prescrit par un médecin

**Nombre de jours traitement par mois**

<input type="text"/>	jour(s)
----------------------	---------

**Quand vous prenez vos médicaments, les maux de tête les plus sévères durent :**

- Moins de 15 minutes
- De 15 minutes à moins de 2 heures
- De 2 à moins de 4 heures
- De 4 à moins de 12 heures
- De 12 à moins de 24 heures
- De 1 à 3 jours
- De 4 jours à une semaine
- Plus d'une semaine
- Je ne sais pas, je vais généralement me coucher

**Lorsque vous ne prenez pas vos médicaments, les maux de tête les plus sévères durent :**

- Moins de 15 minutes
- De 15 minutes à moins de 2 heures
- De 2 à moins de 4 heures
- De 4 à moins de 12 heures
- De 12 à moins de 24 heures
- De 1 à 3 jours
- De 4 jours à une semaine
- Plus d'une semaine
- Je ne sais pas, je vais généralement me coucher

**Au cours des 5 dernières années, comment a évolué en moyenne la fréquence de vos maux de tête les plus sévères ?**

- Je n'ai pas eu de maux de tête dans les 5 dernières années
- Mes maux de tête n'ont pas changé
- Mes maux de tête sont plus fréquents maintenant
- Mes maux de tête sont moins fréquents maintenant

**Au cours des 5 dernières années, comment ont évolué en moyenne vos maux de tête les plus sévères par rapport à la douleur ressentie ?**

- Je n'ai pas eu de maux de tête dans les 5 dernières années
- Mes maux de tête n'ont pas changé
- Mes maux de tête sont plus douloureux maintenant
- Mes maux de tête sont moins douloureux maintenant

**Au cours des 5 dernières années, comment ont évolué en moyenne vos maux de tête les plus sévères par rapport aux auras ressenties ?**

- Je n'ai pas eu de maux de tête dans les 5 dernières années
- Mes maux de tête n'ont pas changé
- J'ai plus souvent des auras maintenant
- J'ai moins souvent des auras maintenant
- Je n'ai plus d'auras

**Prenez-vous, actuellement ou avez-vous pris au cours des 3 derniers mois, un (des) traitement(s) de prévention ?**

- Oui  Non

**Lequel ou lesquels ?**

**Nom du médicament 1 :**

**Ce médicament est :**

- En vente libre (sans ordonnance)  Prescrit par un médecin

**Vous prenez ce médicament pour :**

- Empêcher un mal de tête  Une autre raison

**Souhaitez-vous déclarer un autre médicament ?**

- Oui  Non

**Nom du médicament 2 :**

**Ce médicament est :**

- En vente libre (sans ordonnance)  Prescrit par un médecin

**Vous prenez ce médicament pour :**

- Empêcher un mal de tête  Une autre raison

**Par rapport à vos maux de tête, pensez-vous qu'il s'agit de migraines ?**

- Oui  Non

**Avez-vous reçu un diagnostic de migraine ?**

- Oui  Non

**La migraine a été diagnostiquée par :**

- Un médecin généraliste
- Un neurologue
- Un ophtalmologue
- Un otorhinolaryngologiste (ORL)
- Un gynécologue
- Un autre professionnel de santé

**Veillez préciser :**

**À quel âge a été diagnostiquée la migraine ?**

  

**Au cours des 3 derniers mois, du fait de vos maux de tête/migraines :**

**Combien de jours avez-vous manqué le travail (ou les cours si vous êtes étudiant(e)) ?**

 jour(s)  

**Pendant combien de jours avez-vous eu une productivité de travail réduite de plus de 50% ?**

 jour(s)  

**Pendant combien de jours n'avez-vous pas pu faire convenablement vos activités ménagères habituelles ?**

 jour(s)  

**Pendant combien de jours votre capacité de faire vos tâches ménagères a été réduite de plus de 50 % ?**

 jour(s)  

**Pendant combien de jours n'avez-vous pas pu faire face à vos activités familiales, sociales ou de loisirs ?**

 jour(s)  

## Habitudes alimentaires

---

**Selon vous, certains aliments que vous consommez vous déclenchent-ils une migraine ?**

- Oui  Non

**Lequel ou lesquels ?**

**Avez-vous modifié vos habitudes alimentaires en raison de vos maux de tête/céphalées/migraines ?**

- Oui  Non

**Cette modification était-elle à la suite de :**

- Conseil d'un médecin
- Conseil d'un diététicien
- Volonté personnelle
- Conseil d'un proche
- Autre

Veillez préciser :

**Comment avez-vous modifié votre comportement alimentaire :**

**Diminution des graisses**

- Oui  Non

**Cette diminution des graisses a-t-elle été efficace ?**

- Oui  Non

**Diminution de l'alcool**

- Oui  Non

**Cette diminution de l'alcool a-t-elle été efficace ?**

- Oui  Non

**Diminution de la caféine (café, thé)**

- Oui  Non

**Cette diminution de la caféine a-t-elle été efficace ?**

- Oui  Non

**Diminution des fromages**

- Oui  Non

**Cette diminution des fromages a-t-elle été efficace ?**

- Oui  Non

**Diminution de la charcuterie**

- Oui  Non

**Cette diminution de la charcuterie a-t-elle été efficace ?**

- Oui  Non

**Diminution du chocolat**

- Oui  Non

**Cette diminution du chocolat a-t-elle été efficace ?**

- Oui  Non

**Diminution des aliments contenant du soja**

- Oui  Non

**Cette diminution des aliments contenant du soja a-t-elle été efficace ?**

- Oui  Non

**Eviter de sauter les repas**

- Oui  Non

**Cette modification a-t-elle été efficace ?**

Oui  Non

**Eviter de sauter le petit déjeuner**

Oui  Non

**Cette modification a-t-elle été efficace ?**

Oui  Non

**Veiller à la régularité de mes repas**

Oui  Non

**Cette modification a-t-elle été efficace ?**

Oui  Non

**Fumez-vous actuellement (cigarettes classiques, cigarettes électroniques, cigares, ...) ?**

Oui  Non

**Avez-vous modifié vos habitudes vis-à-vis du tabac ou de la nicotine en raison de vos maux de tête/céphalées/ migraines ?**

Oui  Non

**Comment avez-vous modifié votre comportement vis-à-vis du tabac ou de la nicotine ?**

**Je fume moins**

Oui  Non

**Cette modification a-t-elle été efficace ?**

Oui  Non

**Je ne fume plus**

Oui  Non

**Cette modification a-t-elle été efficace ?**

Oui  Non

**Je n'utilise plus que la cigarette électronique (sans nicotine)**

Oui  Non

**Cette modification a-t-elle été efficace ?**

Oui  Non

**Je n'utilise plus que la cigarette électronique (avec nicotine)**

Oui  Non

**Cette modification a-t-elle été efficace ?**

Oui  Non

**Commentaires (facultatifs)**

---

**Commentaires (Nombre de caractères restants : 150)**