**ID MIGRAINE**

**È UN TEST AUTOSOMMINISTATO, NON È UN TEST DIAGNOSTICO.**

**I RISULTATI SARANNO ESAMINATI E DISCUSSI CON GLI OPERATORI SANITARI**

1. **Il mal di testa ha limitato le tue attività per un giorno o più negli ultimi tre mesi?**

**□ SI □NO**

**2. Hai nausea o vomito quando hai mal di testa?**

**□ SI □NO**

**3. La luce ti dà fastidio quando hai mal di testa**

**□ SI □NO**

**4. C’ è qualcuno in famiglia che soffre di mal di testa? □ SI □NO**

**Se hai risposto SI, indica chi è:**

**padre madre fratello/sorella zio materno zio paterno nonno materno nonno paterno**

**5. Assumi farmaci sintomatici per il trattamento della cefalea □ SI □NO**

**DOPO AVERLO COMPILATO, STAMPARLO E CONSEGNARLO AL PROPRIO COORDINATORE DI CLASSE SENZA ALCUNA FIRMA, NÉ INDICAZIONE DI CLASSE**