

**Kwestionariusz skali MIDAS (Migraine Disability Assessment)** pomoże ocenić jaki wpływ na życie mają bóle głowy

| <i>Dane pacjenta</i> |
|----------------------|
| <i>Imię</i>          |
| <i>Nazwisko</i>      |
| <i>Nr telefonu</i>   |

**1. Ile dni w ciągu ostatnich 3 miesięcy, opuściłeś w pracy lub w szkole z powodu bólu głowy**

|  |
|--|
|  |
|--|

**2. Ile dni w ciągu ostatnich 3 miesięcy, Twoja wydajność w pracy lub szkole była zmniejszona o połowę lub więcej ? ( Nie uwzględniaj dni, które zaliczyłeś do pytania 1, gdy opuściłeś dzień w pracy lub w szkole.)**

|  |
|--|
|  |
|--|

**3. Ile dni w ciągu ostatnich 3 miesięcy, zaniedbałeś gospodarstwo domowe z powodu bólu głowy ?  
( np. sprzątanie, drobne naprawy, zakupy, opieka nad przyjemności z powodu bólu głowy i bliskimi).**

|  |
|--|
|  |
|--|

**4. Ile dni w ciągu ostatnich 3 miesięcy, zmniejszyło twoją wydajność w prowadzeniu gospodarstwa domowego przynajmniej o połowę z połowę twoich bólów głowy ? (Nie dotyczy dni, które zaliczyłeś do pytania 3, gdy tego nie zrobiłeś prace domowe.)**

|  |
|--|
|  |
|--|

**5. Ile dni w ciągu ostatnich 3 miesięcy, zaniedbałeś rodzinę , relacje towarzyskie, przyjemności z powodu bólu głowy**

|  |
|--|
|  |
|--|