

# HIT-6™ TESTE DO IMPACTO DA DOR DE CABEÇA

Este questionário foi elaborado para lhe ajudar a descrever e informar a maneira como você se sente e o que não pode fazer por causa de suas dores de cabeça.

Para cada pergunta, por favor, faça um "X" no quadrado que corresponde à sua resposta.

**1. Quando você tem dor de cabeça, com que frequência a dor é forte?**

Nunca     Raramente     Às vezes     Com muita frequência     Sempre

**2. Com que frequência as dores de cabeça limitam sua capacidade de realizar suas atividades diárias habituais, incluindo cuidar da casa, trabalho, estudos, ou atividades sociais?**

Nunca     Raramente     Às vezes     Com muita frequência     Sempre

**3. Quando você tem dor de cabeça, com que frequência você gostaria de poder se deitar para descansar?**

Nunca     Raramente     Às vezes     Com muita frequência     Sempre

**4. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você se sentiu cansado(a) demais para trabalhar ou para realizar suas atividades diárias, por causa de suas dores de cabeça?**

Nunca     Raramente     Às vezes     Com muita frequência     Sempre

**5. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu que não estava mais aguentando ou se sentiu irritado(a) por causa de suas dores de cabeça?**

Nunca     Raramente     Às vezes     Com muita frequência     Sempre

**6. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência suas dores de cabeça limitaram sua capacidade de se concentrar em seu trabalho ou em suas atividades diárias?**

Nunca     Raramente     Às vezes     Com muita frequência     Sempre