

Índice de Incapacidade Relacionada à Cefaleia (HDI-Brasil)

Instruções: Por favor CIRCULE a resposta correta:

1. Eu tenho dor de cabeça:

(1) *uma vez por mês* (2) *mais que uma e menos que quatro vezes por mês* (3) *mais que uma vez por semana*

2. Minha dor de cabeça é: (1) *leve* (2) *moderada* (3) *forte*

Por favor, leia com atenção: O objetivo da escala é identificar as dificuldades que você possa estar enfrentando devido a sua dor de cabeça. Por favor, marque "SIM", "ÀS VEZES", ou "NÃO" em cada item.

Responda cada pergunta referente apenas à sua dor de cabeça.

	(4) Sim	(2) Às vezes	(0) Não
E1. Por causa das minhas dores de cabeça, eu me sinto incapacitado.			
F2. Por causa das minhas dores de cabeça, eu me sinto limitado nas minhas atividades diárias.			
E3. Ninguém entende o impacto que minhas dores de cabeça têm na minha vida.			
F4. Eu restrinjo minhas atividades de lazer (por exemplo: esportes, passatempos) por causa das minhas dores de cabeça.			
E5. Minhas dores de cabeça me deixam irritado.			
E6. Às vezes eu sinto que eu vou perder o controle por causa das minhas dores de cabeça.			
F7. Por causa das minhas dores de cabeça, tendo a me socializar menos.			
E8. Meu cônjuge (parceiro/a) ou família e amigos não fazem ideia do que estou passando por causa das minhas dores de cabeça.			
E9. Minhas dores de cabeça são tão fortes que eu sinto que vou enlouquecer.			
E10. Minha visão do mundo é afetada pelas minhas dores de cabeça.			
E11. Tenho medo de sair quando sinto que uma dor de cabeça está começando.			
E12. Eu me sinto desesperado por causa das minhas dores de cabeça.			
F13. Eu estou preocupado que eu esteja sendo prejudicado no trabalho ou em casa por causa das minhas dores de cabeça.			
E14. Minhas dores de cabeça causam estresse em meus relacionamentos com parentes ou amigos.			
F15. Eu evito estar com outras pessoas quando eu tenho dor de cabeça.			
F16. Eu acredito que minhas dores de cabeça estejam me atrapalhando a alcançar meus objetivos de vida.			
F17. Eu não consigo pensar com clareza por causa das minhas dores de cabeça.			
F18. Eu fico tenso (a) (por exemplo: tensão muscular) por causa das minhas dores de cabeça.			
F19. Eu não aproveito eventos sociais por causa das minhas dores de cabeça.			
E20. Eu me irrita facilmente por causa das minhas dores de cabeça.			
F21. Eu evito viajar por causa das minhas dores de cabeça.			
E22. Minhas dores de cabeça me deixam confuso (a).			
E23. Minhas dores de cabeça me deixam frustrado (a).			
F24. Eu tenho dificuldade de ler por causa das minhas dores de cabeça.			
F25. Eu sinto dificuldade em tirar o foco das minhas dores de cabeça e prestar atenção em outras coisas.			
FUNCIONAL (0-48):_____.	EMOCIONAL (0-52):_____.	PONTUAÇÃO TOTAL (0-100):_____.	