



CASE REPORT FORM (CANDESPARTAN)

Escalas HIT-6, HAD, Alodinia (paciente)

Version. 23 marzo 2022

HITS-6

Paciente, por favor, complete la siguiente informacion:

Cuestionario de impacto Cefalea

	Nunca (6 puntos)	Pocas veces (8 puntos)	A veces (10 puntos)	Muy a menudo (11 puntos)	Siempre (13 puntos)
1) En el ultimo mes, ¿con que frecuencia su dolor de cabeza es intenso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) En el ultimo mes, ¿con qué frecuencia el dolor limita su capacidad para realizar sus actividades habituales (domesticas, trabajo, estudios, ocio)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) En el ultimo mes ¿con qué frecuencia, durante una cefalea desearía poder acostarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) En el ultimo mes ¿con qué frecuencia se ha sentido demasiado cansado para trabajar o realizar actividades diarias debido a su dolor de cabeza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) En el ultimo mes ¿con qué frecuencia se ha sentido harto/a o irritado/a debido a su dolor de cabeza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) En el ultimo mes, ¿con qué frecuencia el dolor de cabeza le ha dificultado para poder concentrarse en sus actividades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Total puntos:					

(No es necesario responder a esta pregunta)

-
- 1) Me siento tenso/nervioso/a: 0. Nunca
 1. De vez en cuando
 2. Gran parte del día
 3. Casi todo el día
-
- 2) Sigo disfrutando de las cosas como siempre: 0. Ciertamente, igual que antes
 1. No tanto como antes
 2. Solamente un poco
 3. Ya no disfruto con nada
-
- 3) Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder: 0. No siento nada de eso
 1. Si, pero no me preocupa
 2. Si, pero no muy intenso
 3. Si, y muy intenso
-
- 4) Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas: 0. Igual que siempre
 1. Actualmente, algo menos
 2. Actualmente, mucho menos
 3. Actualmente, en absoluto
-
- 5) Tengo la cabeza llena de preocupaciones: 0. Nunca
 1. De vez en cuando
 2. Gran parte del día
 3. Casi todo el día
-
- 6) Me siento alegre: 0. Gran parte del día
 1. En algunas ocasiones
 2. Muy pocas veces
 3. Nunca
-
- 7) Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a: 0. Siempre
 1. A menudo
 2. Raras veces
 3. Nunca
-
- 8) Me siento lento/ y torpe: 0. Nunca
 1. A veces
 2. A menudo
 3. Gran parte del día
-
- 9) Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos": 0. Nunca
 1. Solo en algunas ocasiones
 2. A menudo
 3. Muy a menudo
-
- 10) He perdido el interés por mi aspecto personal: 0. Me cuido como siempre lo he hecho
 1. Es posible que no me cuido como debiera
 2. No me cuido como debería hacerlo
 3. Completamente
-
- 11) Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme 0. Nunca
 1. No mucho
 2. Bastante
 3. Realmente mucho

12) Espero las cosas con ilusión:

- 0. Como siempre
- 1. Algo menos que antes
- 2. Mucho menos que antes
- 3. En absoluto

13) Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- 0. Nunca
- 1. Raramente
- 2. Con cierta frecuencia
- 3. Muy a menudo

14) Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o television:

- 0. A menudo
- 1. Algunas veces
- 2. Pocas veces
- 3. Casi nunca

15) Total HADS

(No es necesario responder a esta pregunta)

Durante una CEFALEA INTENSA, ¿con qué frecuencia experimentas empeoramiento del dolor o sensación molesta en tu piel al realizar estas acciones?

	No aplica (puntos: 0)	Nunca (puntos: 0)	Rara vez (puntos: 0)	A veces (puntos: 1)	Casi siempre (puntos: 2)
1) Peinar tu cabello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Tirar del pelo hacia atras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Afeitarte la cara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Usar gafas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Usar lentillas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Usar pendientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Usar collares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Usar ropa ajustada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Darte una ducha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Apoyar tu cabeza o tu cara sobre una almohada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Exposición al calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Exposición al frio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13) Total puntos

(No es necesario responder a esta pregunta)

14) Interpretación:

- Ninguna 0-2
 Leve 3-5
 Moderada 6-8
 Grave 9 o más

(No es necesario responder a esta pregunta)