

**ENQUETE ET RESULTATS SUR L'APPORT DE LA
MICROKINESITHERAPIE DANS LES DOULEURS DE TÊTE**

Madame/Mademoiselle/Monsieur : Age : ans.

1) Vous avez été traité en microkinésithérapie pour des maux de tête le :

2) Connaissez-vous la « date » d'apparition de vos douleurs de tête ?:

3) Ancienneté de vos maux de tête : jours ; mois ; ans

4) Quelle était la fréquence et la durée de vos maux de tête ?

a) Avant la séance :/mois ;/semaine ; et la durée :jours

b) Après la séance :/mois ;/semaine ; et la durée :jours

5) Prenez-vous ou prenez-vous un traitement médicamenteux :

OUI

NON

si Oui, lequel :

6) A combien estimiez-vous l'intensité de vos maux de tête avant la séance de microkinésithérapie sur une échelle de 0 à 10, en sachant que 0 = pas de douleur et 10 = douleur maximale ?

7) A combien estimez-vous l'intensité de vos maux de tête après la séance de microkinésithérapie sur une échelle de 0 à 10 ?

8) A combien estimez-vous l'apport de la microkinésithérapie sur une échelle de 0 à 10, en sachant que 0 = pas de résultat et 10 = apport maximale ?

9) Nombre de séance de microkinésithérapie effectuée : séance (s).

Merci pour votre participation et votre disponibilité.

