



שם הילד: _____ תאריך ביקור _____

תאריך לידה: _____ גיל: _____ ממלא השאלון: _____

השאלון פונה לבנות ובנים למרות שכתוב במין זכר. על ההורה לראיין את הילד ולמלא את השאלון. מתבגרות ומתבגרים יכולים למלא את השאלון בעצמם.

בשאלות שיש לסמן בעיגול, סמנו את כל מה שרלוונטי.

יד דומיננטית: ימין שמאל שתיהן לא יודע

1. אנא תאר את כאב הראש

במידה ויש יותר מסוג אחד של כאב ראש (לדוגמא, כאב ראש קל בתדירות גבוה וכאב ראש משמעותי בתדירות נמוכה) תאר בשאלון את שני הסוגים.

✓ כמה זמן אתה סובל מכאב ראש מכל סוג שהוא? _____ ימים / חודשים / שנים
✓ האם יש לך כמה סוגי כאב ראש? כן לא

אם כן, פרט: _____

✓ האם אתה חש משהו לפני התחלת כאב הראש? כן לא
עייפות אי שקט כבדות בעיניים אודם בפנים שינויים במצב הרוח רעב "שמשהו לא בסדר"

כמה זמן לפני התחלת כאב הראש מתחילים תסמינים אלו? _____ דקות / שעות / ימים

✓ האם יש דברים שגורמים לכאב ראש? כן לא
עייפות לחץ אוכל ריחות ריחות ריכוז יתר ריח אחר
דילוג על ארוחות מחזור חודשי שינה- יותר מדי/פחות מדי מזג האוויר ביה"ס רעש שוקולד

✓ האם יש "אזהרות" שכאב הראש תכף מגיע? כן לא
ראיה שמיעה סנסוריה ריח טעם קושי לדבר אחר

אנא תאר את "ההזרה" _____

כמה זמן לפני כאב הראש מתחילה "ההזרה"? _____ דקות
כמה זמן נמשכת ה"אזהרה"? _____ דקות
בכמה ממקרי כאב הראש יש תסמינים של ההזרה? 10/ _____

✓ כאב הראש לרוב:

בצד אחד של הראש שני צדדי הראש לפעמים חד צדדי ולפעמים דו צדדי

✓ איפה לרוב ממוקם הכאב?

- בצד ימין בצד שמאל
למעלה באזור העיניים
- בשני הצדדים (רקות)
מאחורי העיניים
- במצח
לא ממוקד
- מאחור
- ✓ איך מרגיש כאב הראש?
- פועם
חד
- לוחץ
קבוע
- דוקר
עמום
- צובט
"שם"
- סוחט
אחר
- שורף
- ✓ איזה תסמינים מלווים את כאב הראש?
- בחילות
רגישות לריחות
- הקאות
חולשה
- נזלת
סחרחורת
- רגישות לאור
דמעות בעיניים
- ירידה בתיאבון
שינויים בראיה
- קאב בטן
בלבול
- קושי- לחשוב / ללכת / להשתמש בידיים / לדבר
- אחר
- ✓ כמה שעות נמשך כאב הראש?
- הקצר ביותר: _____ שעות
- הארוך ביותר: _____ שעות
- בממוצע: _____ שעות
- ✓ לרוב איך היית מגדיר את כאב הראש שלך (סמן רק תשובה אחת)
- קל בינוני קשה
- ✓ במדרג של 0 עד 10 איך היית מאפיין את חומרת כאב הראש? (0 ללא כאב, 5 כאב בינוני ו 10 הכאב הכי גרוע שיש)
- הכאב הקל: _____
- הכאב המשמעותי ביותר: _____
- בממוצע: _____
- ✓ באיזה תדירות יש כאב ראש?
- פחות מפעם בחודש יותר מ 3 פעמים בשבוע
- 1-3 פעמים בחודש יום יומי כל הזמן
- פעם בשבוע אחר
- 2-3 פעמים בשבוע
- ✓ כמה זמן כאב הראש מופיע בתדירות הזאת? _____ חודשים/שנים
- ✓ האם כאב הראש משפיע על ההתנהלות היום יומית? (מפסיק את הפעילות שעושה, מבטל מפגשים)
- כן לא
- לא רלוונטי
- ✓ האם פעילות או משחק מחמיר את כאב הראש
- כן לא
- לא רלוונטי
- ✓ האם כאב הראש מחמיר בעלייה במדרגות?
- כן לא
- לא רלוונטי
- ✓ האם להתכופף או להיעמד משייבה/שכיבה מחמיר את כאב הראש?
- כן לא
- לא רלוונטי
- ✓ האם שיעול או מאמץ מחמירים את כאב הראש?
- כן לא
- לא רלוונטי
- ✓ האם שינה משפרת את כאב הראש או מעלימה אותו?
- כן לא
- לא רלוונטי

סמן אם יש את התחושות האלו בזמן התקף קשה

קורה	קורה	לא קורה	לא יודע
הקרקפת כואבת			
השיער כואב			
לחץ בסינוסים			
כאב מעל הסינוסים			
מנוזל			
הצוואר מרגיש תפוס			
מגע בצוואר כואב			
הידיים/ הרגליים כואבות			
כואב להסתרק			
כואב להתקלח			
כואב לרחוץ פנים			
כואב לעשות קוקו בשיער			
כואב לשים עגילים			
כואב לענוד שרשרת			
כואב לחבוש כובע			
כואב להרכיב משקפיים			
כואב לסחוב תיק			
כואב לשים עדשות מגע			
כואב ללבוש בגדים צמודים			
כואב לשים אוזניות			

כמה זמן מתחילת כאב הראש שתסמינים אלו מתחילים? _____ דקות

✓ על מנת למנוע את הופעת כאב הראש האם הפסקת פעילות מסוימת?

כן לא איזה פעילות? _____

✓ על מנת למנוע את כאב הראש האם אתה נמנע ממאכלים/משקאות מסוימים

כן לא איזה מאכלים/משקאות? _____

✓ האם יש תבנית לכאב ראש? כן לא

תאר: _____

✓ מתי לרוב יש את כאב הראש?

בבוקר, ממש כשמתעוררים
ערב
בבוקר בזמן שינה
בצהרים
אחה"צ

✓ האם כאב הראש מחמיר בעונות מסוימות? כן לא איזה? _____

✓ האם יש קשר בין כאב הראש ותרופות מסוימות?

כן לא איזה תרופה? _____

✓ האם אתה יודע מה גורם לכאב הראש?

כן לא פרט _____

✓ האם כאב הראש מעיר אותך משינה?

כן / לא באיזה תדירות? _____ לילות בשבוע/ חודש.

▪ האם נבדקת ע"י רופאים נוספים לגבי כאב הראש?

רופא משפחה/ילדים רופא עיניים א.א.ג רופא מומחה באלרגיה
אחר _____

- האם התבקשת למלא יומן כאב ראש כן לא
- האם קיבלת אבחנה לכאב הראש? כן לא

איזה אבחנה? _____

▪ האם ביצעת ברור לכאב ראש?

MRI CT צילום סינוסים EEG בדיקת עיניים
אחר _____

▪ האם חל שינוי בתדירות כאב הראש? כן לא

אם כן, איך? _____

▪ האם חומרת כאב הראש השתנתה? כן לא

אם כן, איך? _____

▪ האם משך כאב הראש השתנה? כן לא

אם כן, איך? _____

▪ האם התסמינים הנלווים לכאב הראש השתנו? כן לא

אם כן, איך? _____

▪ האם בעברך היה אירוע שבו סבלת מחבלת ראש? כן לא

אם כן, פרט _____

באיזה גיל? _____

האם היה איבוד הכרה? כן לא

האם היו הקאות? כן לא

האם פנית למיון? כן לא

אושפזת? כן לא

_____ אם כן, לאיזה מיון? _____

האם בוצעה הדמיה מוחית (CT מח / MRI מח) כן לא

▪ האם אי פעם פנית למיון בגלל כאב ראש? כן לא

אם כן, מתי? _____ מה כלל הטיפול? _____

האם עזר? כן לא

האם אי פעם אושפזת בבית חולים בגלל כאב הראש? כן לא

2. טיפול בכאב הראש

אלו תרופות נלקחות כיום לכאב הראש?

בזמן התקף חריף:

				לכמה ימים הטיפול נלקח	מינון: (מ"ג)	תרופה/ות שנלקחות בזמן התקף
פרט	האם יש תופעות לוואי לתרופה	כמה זמן עד שהטיפול מתחיל להשפיע	האם הטיפול מקל על כאב הראש?			

איזה תרופה נלקחת למניעת כאב ראש?

אלו תוספי מזון או וויטמינים נלקחים לכאב הראש?

האם יש תופעות לוואי לתרופות אלו? כן לא פרט

איזה התערבות לא תרופתית עוזרת לכאב הראש?

שונה קור לחץ מקומי אמבטיה/מקלחת חמה
מנוחה משחק/ספורט אכילה אחר

אלו תרופות נוסו בעבר לכאב הראש?

תרופות להפסקת כאב הראש:

תרופות למניעת כאב ראש:

וויטמינים ותוספי מזון:

טיפולים אחרים:

האם אתה לוקח תרופות נוספות באופן קבוע? כן לא

אם כן, איזה תרופה ומה המינון?

האם קיימת אלרגיה לתרופות כן לא
אם כן, לאיזה? מה התגובה?

האם יש אלרגיה למאכלים מסוימים? כן לא
אם כן, לאיזה? ומה התגובה?

למילוי ע"י המטופל עצמו

באופן כללי מה המצב הבריאותי שלך?

גרוע בסדר טוב טוב מאוד מצוין

בחודש האחרון כמה זמן דאגת לגבי כאב הראש שלך?

כל הזמן רוב הזמן חלק מהזמן קצת מהזמן בכלל לא

כמה אתה מסכים עם המשפט " אני מבין את הסיבה ואופי כאב הראש שלי"

ממש לא מסכים לא מסכים לא יודע מסכים ממש מסכים

כמה אתה מסכים עם המשפט : אני מודע לאפשרויות הטיפול השונות שיש לכאב הראש שלי"

ממש לא מסכים לא מסכים לא יודע מסכים ממש מסכים

בסולם של 0-10 כמה אתה בטוח שאתה יכול לנהל את כאב הראש שלך? _____

תפקוד

השאלות הבאות באות לבדוק את ההשפעה של כאב הראש על התפקוד היום יומי.

אנא ענה על השאלות לגבי התפקוד **בשלושה חודשים אחרונים**

סמן "א" בשאלות הלא רלוונטיות

1. בשלושת החודשים האחרונים, כמה ימי בית ספר מלאים פוספסו בגלל כאב הראש?

2. בשלושת החודשים האחרונים, כמה ימי בית ספר הופסקו באמצע בגלל כאב ראש? (לא לחשב את הימים מהשאלה הקודמת)

3. בשלושת החודשים האחרונים, בכמה ימים תפקדת פחות טוב בבית הספר מבדרך כלל בגלל כאב ראש? (לא לחשב את הימים משאלות הקודמות)

4. בשלושת החודשים האחרונים, כמה ימים לא הצלחת לעשות דברים בבית, כגון הכנת שיעורי בית או מטלות, בגלל כאב ראש?

5. בשלושת החודשים האחרונים, כמה ימים ביטלת או לא השתתפת בפעילויות אחרות כגון, מפגשים חברתיים, חוגים, פעילויות ספורט בגלל כאב הראש?

6. בשלושת החודשים האחרונים כמה ימים תפקדת לא במיטבך בשעות אחר הצהריים בגלל כאב הראש? (לא לכלול את הימים מהשאלות הקודמות)

הרגלים

שתייה:

מה אתה שותה: _____

האם שותה הרבה בינוני מעט

כמה סכ"ה כוסות של נוזלים אתה שותה במהלך היום? _____ כוסות/ מ"ל

האם אתה שותה קפאין באופן קבוע? כן לא כמה ימים בשבוע אתה שותה קפאין? _____

האם אתה שותה במהלך היום בבית הספר? כן לא הרבה בינוני מעט

האם אתה לוקח איתך בקבוק מים לביה"ס? כן לא

פעילות גופנית:

כמה ימים בשבוע אתה מתעמל? _____ ימים בשבוע במה? _____

כמה זמן נמשכת כל פעילות גופנית _____ דקות

אכילה:

האם אתה מפספס ארוחות? כן לא

איזה ארוחה את מפספס? ארוחת בוקר צהרים ערב

כמה ארוחות אתה מפספס בשבוע? _____

האם אתה בד"כ אוכל ירקות? כן לא
האם אתה בד"כ אוכל בשר? כן לא
האם אתה בד"כ אוכל/שותה מוצרי חלב? כן לא

שינה:

כמה שעות שינה אתה ישן בלילה? _____ בימי ביה"ס _____ בסופשבוע _____

בימי ביה"ס: הולך לישון ב: _____ קם ב: _____

בסופשבוע: הולך לישון ב: _____ קם ב: _____

נירדם? בקלות קשה להירדם

כמה זמן לוקח לך להירדם? _____ דקות

האם אתה הולך מתוך שינה / מדבר מתוך שינה / סובל מחלומות רעים / נוחר
כן לא (סמן)

האם יש נטייה לכאב ראש בימים מסוימים בשבוע? כן לא איזה יום? _____

לנערות בלבד!!

מתי קיבלת מחזור חודשי בפעם הראשונה? _____

האם המחזור מסודר? כן לא לא בטוחה

האם יש החמרה בכאב הראש בזמן מחזור? כן לא לא בטוחה לא רלוונטי

אם טרם קיבלת מחזור או שרק התחיל המחזור החודשי, האם יש לך כאב ראש חודשי?

כן לא לא בטוחה

האם את לוקחת גלולות? _____ אם כן, איזה? _____

רקע רפואי

הריון רצוי וספונטני? כן לא פרט _____

מהלך הריון תקין כן לא פרט _____

לידה: רגילה ואקום מלקחיים ניתוח קיסרי

שבוע: _____ משקל: _____ ללא סיבוכים עם סיבוכים פרט _____

האם ההתפתחות הייתה תקינה?

כן לא

אם לא, פרט: _____

האם אתה בריא בד"כ? כן לא פרט: _____

האם אתה סובל מ: _____

פריחות/ מחלות עור כן לא פרט: _____

אלרגיות/ אסטמה כן לא פרט: _____

בעיות בעיניים / מרכיב משקפיים כן לא פרט: _____

בעיות אף אוזן גרון כן לא פרט: _____

כאבי בטן חוזרים/ שלשולים / עצירות כן לא פרט: _____

בעיות לב/לחץ דם/ התעלפויות כן לא פרט: _____

אנמיה/ חוסר ברזל כן לא פרט: _____

כאבים כרוניים כן לא פרט: _____

שינוי במשקל כן לא פרט: _____

הפרעות קשב וריכוז / אפילפסיה כן לא פרט: _____

אחר: _____

האם אי פעם אבחנת עם בעיה נוירולוגית, הימטולוגית, הפרעה פסיכיאטרית או בעיה רפואית?

כן לא פרט: _____

זיהום מוחי (מנינגיטיס)	פרוסים	אירוע מוחי	הפרעות קשב וריכוז	אסטמה
אלרגיה	סינוסיטיס כרונית	דיכאון	חרדה	

ניתוחים: _____

אשפוזים: _____

אחר: _____

רקע כללי:

תלמיד בכיתה _____ בכיתה: _____

לימודית הישגיים: טובים בינוניים נמוכים

האם ידוע על קשיים בלימודים? כן לא פרט: _____

האם כאב הראש השפיע על ההישגיים הלימודיים? כן לא

חינוך מיוחד קטנה רגילה

ממוצע ציונים: _____

לטובה _____ לרעה _____
 חברתית מתפקד: מצוין טוב בסדר יש קשיים
 התנהגות בביה"ס מוגדרת כ: מצוינת טובה דורשת שיפור
 אחה"צ האם משתתף בחוגים / תנועת נוער כן לא איזה: _____
 האם יש שימוש באלכוהול? כן לא
 האם את/ה מעשן? כן לא
 האם משהו בבית מעשן? כן לא אם כן, מי? _____

היסטוריה משפחתית:

ההורים חיים: יחד בנפרד קרובי משפחה? כן לא
 שם האם: _____ תאריך לידה של האם: _____
 מוצא: _____ שנות לימוד: _____ עיסוק: _____
 מצב בריאותי תקין: כן לא פרט: _____
 האם האם סובלת מכאבי ראש, מגרנות, אפילפסיה, אירוע מוחי, הפרעות נירולוגיות אחרות, חרדות, דיכאון הפרעה פסיכיאטרית, קרישיות יתר כן לא (סמן)

שם האב: _____ תאריך לידה של האב: _____
 מוצא האב: _____ שנות לימוד: _____ עיסוק: _____
 מצב בריאותי תקין: כן לא פרט: _____
 האם האב סובלת מכאבי ראש, מגרנות, אפילפסיה, אירוע מוחי, הפרעות נירולוגיות אחרות, חרדות, דיכאון הפרעה פסיכיאטרית, קרישיות יתר כן לא (סמן)
 אחיים:

שם: _____ גיל _____ סובל מכאב ראש/מיגרנה כן לא
 בריא בד"כ / מאובחן עם בעיות רפואיות התפתחותיות פרט: _____

שם: _____ גיל _____ סובל מכאב ראש/מיגרנה כן לא
 בריא בד"כ / מאובחן עם בעיות רפואיות התפתחותיות פרט: _____

שם: _____ גיל _____ סובל מכאב ראש/מיגרנה כן לא

בריא בד"כ / מאובחן עם בעיות רפואיות התפתחותיות פרט: _____

שם: _____ גיל _____ סובל מכאב ראש/מיגרנה כן לא

בריא בד"כ / מאובחן עם בעיות רפואיות התפתחותיות פרט: _____

שם: _____ גיל _____ סובל מכאב ראש/מיגרנה כן לא

בריא בד"כ / מאובחן עם בעיות רפואיות התפתחותיות פרט: _____

האם במשפחה המורחבת יש אנשים שסובלים ממגרנה/ כאבי ראש / מחלות נוירולוגיות/ פסיכיאטריות/ מחלות קשורות לקרישיות יתר/ הפרעות קשב וריכוז / מחלות אחרות כן לא

פרטי מי ובמה:

לסיום, אנא ענה בבקשה גם על השאלות הבאות. סמן את המתאים ביותר

נכון בוודאות	נכון במידה מסוימת	לא נכון	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. מתחשב ברגשותיהם של אחרים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. חסר מנוחה, פעיל יתר על המידה, לא מסוגל לשבת לזמן ממושך
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. לעיתים קרובות מתלונן על כאבי ראש, כאבי בטן או בחילות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. משתף ברצון ילדים אחרים (ממתקים, צעצועים, עפרונות ועוד)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. לעיתים קרובות יש לו התקפי זעם או חס מזג
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. במידת מה מתבודד, נוטה לשחק לבד
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. באופן כללי ממושמע, לרוב עושה מה שמבוגרים מבקשים ממנו
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. דאגות רבות, לעיתים קרובות נראה מודאג
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. מסייע כאשר מישהו נפגע, מרוגז או חש ברע
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. מתנועע בעצבנות ומתפתל בכסא לעיתים תכופות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. יש לו לפחות חבר טוב אחד
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. לעיתים קרובות רב עם ילדים אחרים או מתנהג בבריונות איתם
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. לעיתים קרובות אינו שמח, פגוע או פורץ בבכי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. באופן כללי אהוד על-ידי ילדים אחרים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. מוסח בקלות, לא מרוכז
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. מתוח או תלתי בסיטואציות חדשות, בקלות מאבד ביטחון
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. אדיב כלפי ילדים צעירים יותר
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. לעיתים קרובות משקר או מרמה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. ילדים אחרים נטפלים אליו או מתנהגים כלפיו בבריונות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. לעיתים קרובות מתנדב לסייע לאחרים (הורים, מורים, ילדים אחרים)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. שוקל את מעשיו לפני שפועל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. גונב מהבית, מביה"ס או ממקומות אחרים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. מסתדר טוב יותר עם מבוגרים מאשר עם ילדים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. קיימים פחדים רבים, מפחד בקלות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. מסיים משימות עד הסוף, טווח קשב טוב

ממלא השאלון: _____, תאריך _____