

Dott. Michele Viana

Specialista in Neurologia
Dottore di Ricerca in Neuroscienze

Il mal di testa: “questionario per il paziente prima della visita specialistica” .

Questo opuscolo è destinato al paziente che si appresta ad affrontare una visita specialistica per il mal di testa.

Il paziente potrà iniziare a riflettere su alcune informazioni che verranno richieste dal medico durante la visita.

In tal modo si potrà ricostruire al meglio la storia del suo mal di testa e di tutte le condizioni che ad esso possono essere legate, arrivando ad una corretta diagnosi e alla prescrizione di una terapia mirata.

PER FAVORE COMPILARE ANCHE DOCUMENTO

PRIVACY (pagina 3)

Chi l'ha inviata a questa visita?

A che età ha avuto il suo primo mal di testa, di qualsiasi tipo?

A che età il mal di testa è diventato problematico?

Recentemente il suo mal di testa è peggiorato in intensità o frequenza? (se sì segnare quando)

Attualmente, quanti giorni su 30 al mese, lei ha mal di testa (di qualsiasi intensità, anche lievi)?

Attualmente, quanti giorni al mese usa farmaci al bisogno (anche da banco), per gli attacchi di testa?

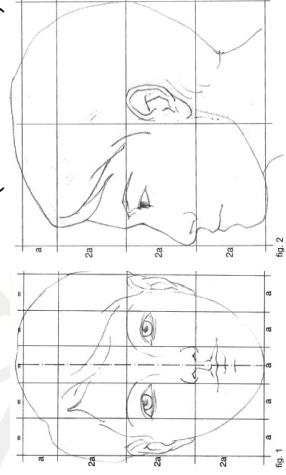
Da 0 a 10 qual è l'intensità media del suo mal di testa?

Quanti giorni al mese i mal di testa sono più forti?

Da 0 a 10 quanto sono intensi questi mal di testa più forti?

In media, quanto dura un attacco di mal di testa?

In che sede ha il dolore (cerchiare zone)



Il dolore è da un lato solo o entrambi?

Che tipo di dolore è?

- pulsante-intermittente (come il battito del cuore)
- compressivo-costrittivo (come un peso/morsa)
- altro

Il mal di testa peggiora con movimento/sforzi?

Si associano altri sintomi al mal di testa?

- Nausea
- Vomito
- Sensibilità/fastidio a luce
- Sensibilità/fastidio a rumori
- Sensibilità/fastidio a odori
- Vertigini/ Sensazione di instabilità posturale
- Difficoltà di concentrazione
- Sposatezza

Ha mai avuto disturbi visivi nell'ora precedente l'inizio del suo mal di testa (ad esempio flash, lucine, linee a zig-zag, macchie scure/ zone cieche / zone di offuscamento nel campo visivo, sensazione di vedere attraverso un liquido,...)?

Se sì, di che tipo?

Ci sono alcuni fattori che aumentano la probabilità che insorgano i suoi mal di testa? (non devono essere necessariamente presenti ad OGNI attacco, ma se presenti aumentano la probabilità che parta l'attacco)

Segnare quali

- cibi _____
- saltare i pasti / bere poca acqua
- cicli mestruali / fase di ovulazione / sospensione pillola
- caffeina
- alcol
- stress/rilassamento dopo stress
- eccessivo sonno / poco sonno
- forti stimoli visivi (schermi/luci) / forti rumori / odori intensi
- attività fisica (quale?)
- tossire/starnutare
- cambiamenti meteorologici
- lunghi viaggi
- altri: _____

Altre informazioni mediche

Oltre al mal di testa ha o ha avuto in passato altri problemi medici? Scriva quali.

Ha mai avuto **REAZIONI ALLERGICHE a FARMACI?** Sì - No
Quali?

Ha mai avuto **TRAUMI CRANICI?** (in che anno?)

Ha mai avuto **COLPI DI FRUSTA?** (in che anno?)

SONNO: Dorme bene la notte?

- ho difficoltà ad addormentarsi*
- ho risvegli nella notte con difficoltà a riprendere sonno*

Tra i suoi **familiari**, c'è qualcuno che ha sofferto di mal di testa, o altri dolori al collo o al volto?

Tra i suoi **familiari** qualcuno ha sofferto di malattie neurologiche, cardiache o altre malattie particolari?

Ha mai effettuato visite o esami per il suo mal di testa?

Esame	Data
Risonanza encefalo	<input type="checkbox"/>
TAC encefalo	<input type="checkbox"/>
RX cervicale	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio pressorio	<input type="checkbox"/>
ECO doppler	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>
Esami del sangue	<input type="checkbox"/>
V. Otorinolaringoiatrica	<input type="checkbox"/>
Visita oculistica	<input type="checkbox"/>
Altro	

NB: PORTARE REFERTI E IMMAGINI ALLA VISITA

Che TERAPIA assume quotidianamente? - Scriva TUTTI i FARMACI e INTEGRATORI, per qualsiasi patologia

Farmaco	Dose	Quante volte al giorno?	Quando lo ha iniziato?

In passato ha mai assunto farmaci PREVENTIVI per il mal di testa (prescritti da assumere tutti i giorni per alcuni mesi)?

Farmaco	dose	Per quanto lo ha assunto?	Riduzione frequenza cefalea? (si/no)	Effetti collaterali? (si/no)

Scriva tutti i farmaci (analgesici e non) che ha provato per alleviare i sintomi del suo mal di testa durante l'attacco.

Farmaco	dose	Efficace?	Effetti collaterali? (si/no)

Se lo spazio per i farmaci non bastasse, stampare una copia di questo foglio e completare l'elenco

CONSENSO DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____ il _____ Codice Fiscale _____
residente in Via _____ CAP _____ Comune _____ **dichiaro** di essere stato debitamente informato/a dal Titolare

del trattamento dei miei dati personali e in merito ai diritti, come dettagliato nell'informativa a me resa ai sensi dell'art. 13 del Reg. 2016/679 (vedi pagina successiva)

in particolare dichiaro di essere stato informato su:

- 1 le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della propria salute;
- 2 i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private e fiscalisti) o che possono venire a conoscenza in qualità di incaricati;
- 3 il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione nonché di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali;
- 4 il nome del medico che sarà titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo del relativo studio professionale;
- 5 la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura al Dr Michele Viana (C.F. VNIMHL80L25F952A).

Esprimo altresì il mio impegno a comunicarvi tempestivamente le eventuali rettifiche, variazioni, integrazioni, limitazioni e/o cancellazioni dei dati in vostro possesso, secondo quanto previsto dagli art .li 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23 del Reg. 2016/679

Data _____ Firma dell'interessato _____

Informativa trattamento dei dati personali (ex artt. 13 e 14 Reg.to UE).

Gentili Pazienti, ai fini previsti dal Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, Vi informo che i dati personali da Voi forniti ed acquisiti da questo ambulatorio medico (Studio Dott. Viana) saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa prevista dal premesso Regolamento e dei diritti e degli obblighi conseguenti.

Finalità del trattamento – Il trattamento è finalizzato unicamente al corretto svolgimento delle attività necessarie per la prevenzione, la diagnosi, la cura, la riabilitazione o per le altre prestazioni da voi richieste, farmaceutiche e specialistiche.

Modalità del trattamento dei dati personali – Il trattamento è realizzato attraverso operazioni, effettuate con o senza l'ausilio di strumenti elettronici e consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione e distruzione di tali dati.

Il trattamento dei dati personali è svolto dal titolare e dagli incaricati in tipologie di incarico espressamente autorizzati dal titolare per normative di Privacy.

Gli addetti non sanitari (come ad esempio il commercialista/tributarista) sono incaricati al trattamento dei dati personali comuni. Tali addetti limitano l'accesso solo ai dati necessari per svolgere il proprio lavoro, per cui potrà sicuramente accedere per lettura e per scrittura ai dati personali comuni dei pazienti come ad esempio l'indirizzo e il numero di telefono e non ha titolo per accedere ai dati sanitari né ad altri dati sensibili dei pazienti.

Conferimento dei dati e rifiuto – Il conferimento dei dati personali comuni, sensibili, genetici, relativi alla salute è necessario ai fini dello svolgimento delle attività necessarie per la prevenzione, la diagnosi, la cura, la riabilitazione o per le altre prestazioni da voi richieste, farmaceutiche e specialistiche. Il rifiuto dell'interessato di conferire i dati personali comporta l'impossibilità di adempiere all'attività.

Comunicazione dei dati – I dati personali raccolti non saranno oggetto di diffusione. I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto dalla legge. Essi possono venire a conoscenza esclusivamente per le finalità del trattamento. I dati sensibili, genetici e quelli relativi alla salute saranno conosciuti solo ed esclusivamente da parte di personale sanitario della struttura. Si potranno fornire informazioni sullo stato di salute a familiari e conoscenti solo su vostra espressa e specifica indicazione.

Conservazione dei dati – I dati personali saranno conservati per il tempo strettamente necessario all'attività medica e, in ogni caso, non superiore a dieci anni. Anche in caso di uso di computer, sono adottate misure di protezione idonee a garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati anche da parte dei collaboratori dello Studio medico, nel rispetto del segreto professionale. Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (il sostituto, il farmacista, lo specialista) e le strutture che possono conoscerli a seguito dell'attività medica espletata dallo scrivente Studio medico.

Titolare del trattamento – Il titolare del trattamento è il DOTT. MICHELE VIANA (c.f. VNIMHL80L25F952A), con studi medici in Via Canobio 10 Novara e Via Negri 4 Oleggio (NO).

Diritto dell'interessato – L'interessato ha diritto: - di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati Personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati; - di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento; - di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca; - di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali. L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo PEC o raccomandata.

DOTT. MICHELE VIANA

C.F. VNIMHL80L25F952A

Via Canobio 10 Novara PEC: michele.viana.asth@no.omceo.it