

# HIT-6™ QUESTIONNAIRE SUR L'IMPACT DES MAUX DE TÊTE

Ce questionnaire a été conçu pour vous aider à décrire et à exprimer ce que vous ressentez et ce que vous ne pouvez pas faire à cause de vos maux de tête.

Pour chaque question, veuillez cocher la case correspondant à votre réponse.

**1 - Lorsque vous avez des maux de tête, la douleur est-elle intense ?**

N Jamais       R Rarement       S De temps en temps       V Très souvent       A Tout le temps

**2 - Votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes habituelles, y compris les tâches ménagères, le travail, les études ou les activités avec les autres, est-elle limitée à cause de vos maux de tête ?**

N Jamais       R Rarement       S De temps en temps       V Très souvent       A Tout le temps

**3 - Lorsque vous avez des maux de tête, souhaiteriez-vous avoir la possibilité de vous allonger ?**

N Jamais       R Rarement       S De temps en temps       V Très souvent       A Tout le temps

**4 - Au cours de ces 4 dernières semaines, vous êtes vous senti(e) trop fatigué(e) pour travailler ou effectuer vos activités quotidiennes à cause de vos maux de tête ?**

N Jamais       R Rarement       S De temps en temps       V Très souvent       A Tout le temps

**5 - Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous éprouvé un sentiment de « ras-le-bol » ou d'agacement à cause de vos maux de tête ?**

N Jamais       R Rarement       S De temps en temps       V Très souvent       A Tout le temps

**6 - Au cours de ces 4 dernières semaines, votre capacité à vous concentrer sur votre travail ou vos activités quotidiennes a-t-elle été limitée à cause de vos maux de tête ?**

N Jamais       R Rarement       S De temps en temps       V Très souvent       A Tout le temps