

ОПРОСНИК MIDAS

(Migraine Disability Assessment)

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МИГРЕНИ НА ПОВСЕДНЕВНУЮ АКТИВНОСТЬ ПАЦИЕНТА

Ответьте на следующие вопросы о головных болях, которые Вы испытывали за последние 3 месяца. Запишите ответ после каждого вопроса. Если в течение последних 3-х месяцев Вы не занимались данным видом деятельности, пишите "0".

1. Сколько учебных или рабочих дней (полных или неполных) Вы пропустили по причине головной боли за последние 3 месяца? _____ дней
2. В течение скольких дней за последние 3 месяца Ваша трудоспособность на работе или учёбе была снижена в два и более раза из-за головной боли (не считая тех дней, которые Вы указали в первом вопросе)? _____ дней
3. Сколько дней за последние 3 месяца Вы не занимались домашними делами или не делали домашнее задание из-за головной боли? _____ дней
4. Сколько дней за последние 3 месяца продуктивность Вашей домашней работы была снижена наполовину и более по причине головной боли (не считая тех дней, которые Вы указали в третьем вопросе)? _____ дней
5. В течение скольких дней за последние 3 месяца головная боль препятствовала Вашему участию в семейных и общественных мероприятиях или активному отдыху? _____ дней

Итого _____ баллов