

# HIT-6™ Questionnaire sur l'impact fonctionnel des céphalées

Cachet du médecin

Afin d'évaluer l'impact fonctionnel induit par vos maux de tête, il est préconisé d'utiliser l'échelle HIT-6 (Headache Impact Test). Il s'agit d'un questionnaire validé conçu pour faciliter la description et l'expression de son ressenti par le patient.

Cet outil permet à votre médecin de mieux percevoir la sévérité des symptômes, de tenir compte du retentissement sur votre vie quotidienne, de guider son choix thérapeutique et de suivre l'évolution dans le temps.

## Mode d'emploi :

- L'évaluation peut être réalisée soit par le patient avant la consultation (auto-questionnaire) ou par le praticien (hétéro-questionnaire)
- Pour chaque question cochez la case correspondant à votre réponse
- Faire la somme de tous les items cochés : **Jamais = 6 points ; Rarement = 8 points ; De temps en temps = 10 points ; Très souvent = 11 points ; Tout le temps = 13 points**
- Résultats : plus le score est élevé, plus l'impact des maux de tête sur votre vie est important :
  - $\leq 49$  : impact faible
  - 50 – 55 : impact modérée
  - 56 – 59 : impact important
  - $\geq 60$  : impact majeur

**Nom et prénom :**

**Date de réalisation :**

**Score obtenu :**



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

Jamais       Rarement       De temps en temps       Très souvent       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 ?**

Jamais       Rarement       De temps en temps       Très souvent       Tout le temps

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

Jamais       Rarement       De temps en temps       Très souvent       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 ?**

Jamais       Rarement       De temps en temps       Très souvent       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 ?**

Jamais       Rarement       De temps en temps       Très souvent       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 ?**

Jamais       Rarement       De temps en temps       Très souvent       Tout le temps