

### HIT-6 (ang. Headache Impact Test)

| Pytanie                                                                                                                                               | Nigdy                    | Rzadko                   | Czasami                  | Bardzo często            | Zawsze                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Jak często ból głowy jest silny?                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Jak często bóle głowy ograniczają możliwość wykonywania codziennych czynności, w tym obowiązków domowych, pracy, nauki lub aktywności społecznych? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Jak często podczas bólu głowy ma Pan/Pani ochotę położyć się?                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. W ciągu ostatnich 4 tygodni jak często z powodu bólów głowy czuł(a) się Pan/Pani zbyt zmęczony(a), aby wykonywać pracę lub codzienne czynności?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. W ciągu ostatnich 4 tygodni jak często z powodu bólów głowy czuł(a) się Pan/Pani zirytowany(a) lub zniechęcony(a)?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. W ciągu ostatnich 4 tygodni jak często bóle głowy ograniczały Pana/Pani zdolność koncentracji podczas pracy lub wykonywania codziennych czynności? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |