DIAGNOSTISK HOVEDPINEDAGBOG

Udfyldes hver aften på dage, hvor der har været hovedpine.
Der sættes kryds i de kasser, der passer bedst til hvert spørgsmål.

NAVN: **CPR nr.:**

20	Dato:	/	/	/	/	/	/
Hvornår begyndte hovedpinen?	nærmeste time:						
Var der lige før hovedpinen forstyrrelser af?	synet:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
	følesansen:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
	andet:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Var hovedpinen?	højresidig:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
	venstresidig:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
	dobbeltsidig:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Var hovedpinen?	dunkende:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
	konstant:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Var hovedpinen? (Se nedenfor)*	let:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
	middelsvær:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
	svær:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Ændrede hovedpinen sig ved fysisk aktivitet - f.eks. trappegang?	værre:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
	uændret:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
	bedre:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Var der kvalme?	ingen:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
	let:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
	middel:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
	svær:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Var der lysskyhed?	ingen:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
	let:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
	middel:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
	svær:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Var der lydoverfølsomhed?	ingen:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
	let:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
	middel:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
	svær:	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Hvornår forsvandt hovedpinen?	**nærmeste time:**						
Er der noget, som har udløst dette tilfælde?	hvad:						
Blev der taget medicin? (Nævn for hvert navn hvor meget og tidspunktet for indtagelsen).	navn:						
	hvor meget:						
	klokken:						
	navn:						
	hvor meget:						
	klokken:						
	navn:						
	hvor meget:						
	klokken:						

*Let: hæmmer ikke arbejde eller andre aktiviteter.
Middel: hæmmer - men forhindrer ikke arbejde eller andre aktiviteter.
Svær: forhindrer arbejde eller andre aktiviteter.