

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: _____

Start på registrering: - 20 Slut på registrering: - 20

1.	År: _____ Dato: / / / / / / / /							
2.	Hvornår begyndte hovedpinen? nærmeste time: _____							
3.	Hvornår forsvandt hovedpinen nærmeste time: _____							
4.	Var der lige før hovedpinen forstyrrelser af synet: <input type="checkbox"/> følesansen: <input type="checkbox"/> andet: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Var hovedpinen højresidig: <input type="checkbox"/> venstresidig: <input type="checkbox"/> dobbeltsidig: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Var hovedpinen dunkende: <input type="checkbox"/> konstant: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Var hovedpinen - gennemsnit af hele dagen (se * nedenfor) let: <input type="checkbox"/> middelsvær: <input type="checkbox"/> svær: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ændrede hovedpinen sig ved fysisk aktivitet, f.eks. trappegang? værre: <input type="checkbox"/> uændret: <input type="checkbox"/> bedre: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Var der kvalme? ingen: <input type="checkbox"/> let: <input type="checkbox"/> middel: <input type="checkbox"/> svær: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Var der lysskyhed? ingen: <input type="checkbox"/> let: <input type="checkbox"/> middel: <input type="checkbox"/> svær: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Var der lydoverfølsomhed? ingen: <input type="checkbox"/> let: <input type="checkbox"/> middel: <input type="checkbox"/> svær: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Er der noget, der har udløst dette tilfælde? hvad: _____							
14.	Blev der taget medicin? (nævn for hvert navn hvor meget og tidspunktet for indtagelsen)	navn: _____						
		hvor meget: _____						
		klokken: _____						
		navn: _____						
	*) Let = hæmmer ikke arbejde eller anden aktivitet. Middel = hæmmer, men forhindrer ikke arbejde eller anden aktivitet. Svær = forhindrer arbejde eller anden aktivitet	hvor meget: _____						
		klokken: _____						
		navn: _____						
		hvor meget: _____						
	klokken: _____							