































Hovedpinedagbog for børn og unge

Denne dagbog kan hjælpe lægen med at finde ud af, hvilken hovedpine du lider af. Du skal udfylde den hver aften på de dage, hvor det har gjort ondt.

Navn: _____

CPR-nr: _____

Dato og ugedag:	/	/	/	/	/
Hvor længe havde du hovedpine?	fra kl. til kl. .	fra kl til kl	fra kl til kl	fra kl til kl	fra kl til kl
Før hovedpinen startede, følte du Synsforstyrrelser? Taleforstyrrelser?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hvor i dit hoved gjorde det ondt? Vis det område, hvor det gjorde ondt. Farvelæg det ansigt, der passer.	Venstre  Højre  Pande 	Venstre  Højre  Pande 	Venstre  Højre  Pande 	Venstre  Højre  Pande 	Venstre  Højre  Pande 
Hvor ondt gjorde din hovedpine? Meget ondt. Havde ikke lyst til noget, måtte blive hjemme fra skole.					
Ondt. Ville helst ikke bevæge mig, men gik alligevel i skole.					
Lidt ondt. Kunne godt lege/dyrke sport.					
Blev din hovedpine værre af, at du bevægede dig? F.eks. når du gik på trapper, løb, legede eller dyrkede sport.	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kastede du op eller havde kvalme?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Havde du det bedst i et mørkt og stille værelse, da du havde hovedpine?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Var hovedpinen væk eller meget bedre efter, at du havde sovet?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Fik du medicin mod hovedpinen?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvornår, hvad og hvor meget fik du?					
Hvis ja, hjalp det og hvornår?					