



## 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 <u>lige før</u> hovedpinen forstyrrelser af?	synet: følesansen: andet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var hovedpinen?	højresidig: venstresidig: dobbeltsidig:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var hovedpinen?	dunkende: konstant:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var hovedpinen? (Se nedenfor)*	let: middelsvær: svær:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ændrede hovedpinen sig ved fysisk aktivitet - f.eks. trappegang?	værre: uændret: bedre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var der kvalme?	ingen: let: middel: svær:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var der lyskskyhed?	ingen: let: middel: svær:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var der lydoverfølsomhed?	ingen: let: middel: svær:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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:						
*Let: hæmmer ikke arbejde eller andre aktiviteter. Middel: hæmmer - men forhindrer ikke arbejde eller andre aktiviteter. Svær: forhindrer arbejde eller andre aktiviteter.	hvor meget:						
	klokken:						
	navn:						
	hvor meget:						
	klokken:						