

DAGBOK-KORT FOR REGISTRERING AV HODEPINE

Fyll ut dagbok-kortet hver gang du har hatt hodepine.
(Skriv på baksiden dersom du trenger mer plass).

HCPC Norge

e-post: HCPC@online.no
www.HCPC.no

**NMF**

Norges Migreneforbund
Hodetelefonen: 800 80 880
www.migrene.no

NAVN:		FØDSELSDATO:					
20	Dato:	/	/	/	/	/	/
Når startet hodepinen?	KLOKKESLETT						
Når var hodepinen borte?	KLOKKESLETT						
Tok du medisiner på grunn av hodepinen?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
	NAVN PÅ LEGEMIDDEL						
	HVOR MYE TOK DU?						
	NÅR TOK DU DET? (klokkeslett)						
Mener du at det er noe* som utløste hodepinen?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
	HVA?						
Merket du rett før hodepineanfallet							
	FORSTYRRELSER AV SYN?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
	NUMMENHET I ARMER, KROPP ELLER ANSIKT?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
	FORSTYRRELSER AV TALE?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Har du nakkesmerter i forbindelse med hodepinen?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Hvor i hodet var det vondt?	HØYRE SIDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	VENSTRE SIDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	BEGGE SIDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skiftet smerten side under anfallet?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Hvordan var smerten?	PULSERENDE (dunkende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SOM ET KONSTANT TRYKK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ble smerten forverret av fysisk aktivitet**?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Hadde du under anfallet	KVALME?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
	OPPKAST?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
	LYSSKYHET (ubehag av lys)?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
	LYDSKYHET (ubehag av lyd)?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Hvor kraftig var hodepinen?							
	MILD (kunne fungere normalt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MODERAT (fungerte dårlig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ALVORLIG (måtte avlyse/avbryte norm. aktivitet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	KLARTE IKKE Å VÆRE I RO PGA. KRAFTIGE SMERTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*F.eks. mat, drikke, stress, menstruasjon, fysiske anstrengelser, nakkebevegelser. **F.eks. gå i trapper, bøye seg.