

## Instruktion til udfyldelse af Hovedpinedagbog

Før du møder til konsultation, er det meget vigtigt, at du udfylder hovedpinedagbogen. Oplysningerne herfra er vigtige for, at lægen kan klarlægge, hvilke typer af hovedpine du lider af.

Skriv navn og personnummer på dagbogen samt fra hvilken dag du begynder at udfylde den.

Hver aften på dage med hovedpine (lidt eller megen) udfyldes de enkelte rubrikker som et gennemsnit af hele dagen.

Hvis ingen hovedpine skriv da "0".

Række 1: Dato for hovedpinen.

Række 2: Hvilket tidspunkt startede hovedpinen.

Række 3: Hvilket tidspunkt sluttede hovedpinen. Havde du hovedpine, da du faldt i søvn, noteres denne tid.

Række 4: Markér hvis du oplever synsforstyrrelser i form af zig-zag striber, flimrer eller synsudfald, føleforstyrrelser som stik eller prik i ansigt eller på arme, eller taleproblemer før hovedpinen.

Række 5: Markér i hvilken side af hovedet smerten sidder. Hvis smerten er begyndt i én side og bagefter er skiftet til den anden side markeres både venstre og højre side. Er smerten fortrinsvis i den ene side og senere også udbredes til den anden side, kryds i venstre eller højre side samt i rubrikken dobbeltsidig.

Række 6: Pulserende betyder dunkende og/eller i takt med pulsen.

Række 7: Markér i boksen svarende til dagens gennemsnit af hovedpinen ifølge skalaen nederst på skemaet. Var hovedpinen f.eks. let den halve dag og svær den anden halve dag, markér i boksen "middel". Var hovedpinen svær det meste af dagen, markér da i boksen "svær".

Række 10: Overfølsom overfor lys betyder, at du er generet af lys, og at du prøver at undgå det.

Række 11: Overfølsom over for lyd betyder, at du er generet af lyd, og at du prøver at undgå det.

Række 12: Anfør, hvad du mener, der kan have forårsaget hovedpinen.

Række 13: Skriv navnet på al den medicin du tog pga. hovedpinen, ligeledes styrken (antal mg) og mængden (antal enheder eller piller) samt tidspunktet for medicinindtagelsen.

# DIAGNOSTISK HOVEDPINEDAGBOG

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

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 <u>lige før</u> hovedpinen forstyrrelser af	synet: følesansen: taleevnen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Var hovedpinen	dobbeltsidig: højresidig: venstresidig:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Var hovedpinen	konstant: pulserende:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Var hovedpinen - gennemsnit af hele dagen (se * nedenfor)	let: middel: svær:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Blev hovedpinen forværret ved fysisk aktivitet, f.eks. trappegang?	nej: ja:	<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: let: middel: svær:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Overfølsom overfor lys?	nej: ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Overfølsom overfor lyd?	nej: ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Er der noget, der har udløst dette tilfælde?	hvad:							
13.	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 anden aktivitet.  
Middel = hæmmer, men forhindrer ikke arbejde eller anden aktivitet.  
Svær = forhindrer arbejde eller anden aktivitet.