
































# HOVEDPINEDAGBOGEN for børn

Den korrekte medicinske behandling forudsætter en korrekt diagnose. Du kan hjælpe lægen ved at udfylde hovedpinedagbogen omhyggeligt.	GPR-nr.:
	Navn:

Dato:		/	/	/	/	/
<b>Hvor længe havde du hovedpine?</b> Skriv hvornår det startede, og hvornår det holdt op.		Fra kl..... Til kl.....	Fra kl..... Til kl.....	Fra kl..... Til kl.....	Fra kl..... Til kl.....	Fra kl..... Til kl.....
<b>Før hovedpinen startede, følte du?</b>						
1. Synsforstyrrelse? 2. Taleforstyrrelse? 3. Forstyrrelser i følesansen? 4. Andre forstyrrelser?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hvordan føltes din hovedpine?</b>						
1. Dunkende (hamrende/pulserende)  2. Konstant (pressende/strammende)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Før hovedpinen startede, følte du?</b> Farvelæg det område, hvor det gjorde ondt.						
	Venstre					
	Højre					
	Pande					
<b>Hvor ondt gjorde din hovedpine?</b> Farvelæg det ansigt der passer.						
1. <b>Meget ondt.</b> Havde ikke lyst til noget, måtte blive hjemme fra skole.  2. <b>Ondt.</b> Ville helst ikke bevæge mig, men gik alligevel i skole.  3. <b>Lidt ondt.</b> Kunne godt lege/dyrke sport.						
						
						

<b>Blev din hovedpine værre af, at du bevæger dig?</b> Fx når du gik på trapper, løb, legede eller dyrkede sport.	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fik du det bedre, når du bevægede dig?</b> Fx når du gik på trapper, løb, legede eller dyrkede sport.	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Havde du kvalme, eller mistede du bare lysten til at spise, da du havde hovedpine?</b>	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kastede du op?</b>	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Havde du det bedst i et mørkt og stille værelse, da du havde hovedpine?</b>	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Faldt du i søvn?</b>  Hvis ja, hvornår?	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kl.	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Var hovedpinen væk eller meget bedre efter, at du havde sovet?</b>	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Husk medbring skemaet til din læge