

# DAGBOK-KORT FOR REGISTRERING AV HODEPINE

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



**Hodepine Norge**  
Forbundet for deg med migrene  
og andre hodepinesykdommer

NAVN:								FØDSEL DATO:		
-------	--	--	--	--	--	--	--	--------------	--	--

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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

