

HOVEDPINE SKEMA

Lider du ofte af hovedpinesmerter, er det en god idé at føre en hovedpine-dagbog. Den vil være til stor hjælp, når du skal beskrive dine symptomer, og dermed nyttig under udredningen af din sygdom. Det vedlagte skema er udformet, så du kan benytte det, uanset om du arbejder, går i skole eller er under uddannelse. Det er vigtigt, at du udfylder skemaet hver dag, du har hovedpine, eftersom dagene for mange hovedpineramte ofte er forskellige. Hvert skema indeholder svarkolonner til to dage. Hvis du er i tvivl om noget, kan du spørge dine forældre eller ringe til Danmarks Patientforening for Hovedpineramte.

MIT NAVN: _____ JEG ARBEJDER HOS: _____
 ADRESSE: _____ JEG GÅR I SKOLE: JA NEJ HVIS JA, HVILKEN KLASSE? _____
 POST NR: _____ BY: _____ JEG ER UNDER UDDANNELSE: JA NEJ
 CPR. NR.: _____ HVIS JA, HVILKEN UDDANNELSE? _____
 TLF.: _____ JEG ER UDEN ARBEJDE: JA NEJ JEG ER SYGEMELDT: JA NEJ

	DATO: / -	DATO: / -
Hvor længe havde du hovedpine?	Hele dagen fra kl. ____ til kl. ____	Hele dagen fra kl. ____ til kl. ____
Hvor mange anfald havde du i dag? (hvis du lider af Horton Hovedpine)	Horton-anfald fra kl. ____ til kl. ____ Horton-anfald fra kl. ____ til kl. ____ Horton-anfald fra kl. ____ til kl. ____ Horton-anfald fra kl. ____ til kl. ____	Horton-anfald fra kl. ____ til kl. ____ Horton-anfald fra kl. ____ til kl. ____ Horton-anfald fra kl. ____ til kl. ____ Horton-anfald fra kl. ____ til kl. ____
Hvordan følte din hovedpine? (hvis du lider af migræne eller anden hovedpine)	Dunkende <input type="checkbox"/> Hamrende <input type="checkbox"/> Konstant <input type="checkbox"/> Pressende <input type="checkbox"/> Andet (beskriv det kort med dine egne ord): _____	Dunkende <input type="checkbox"/> Hamrende <input type="checkbox"/> Konstant <input type="checkbox"/> Pressende <input type="checkbox"/> Andet (beskriv det kort med dine egne ord): _____
Har du det bedst i et mørkt rum?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kan du finde ro?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kan du slet ikke finde ro, når du har hovedpine?	Beskriv kort, hvordan du reagerer: _____	Beskriv kort, hvordan du reagerer: _____
Har du det bedst i kulde/varme?	Kulde <input type="checkbox"/> Varme <input type="checkbox"/> Ingen betydning for mig <input type="checkbox"/>	Kulde <input type="checkbox"/> Varme <input type="checkbox"/> Ingen betydning for mig <input type="checkbox"/>
Kaster du op ved hovedpine?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hvor ondt havde du?	Måtte blive hjemme fra arbejde/ uddannelse/skole/andet <input type="checkbox"/> Gik på arbejde/deltog i undervisning, men havde ondt og ville helst bare hjem <input type="checkbox"/> Kunne godt arbejde eller deltage i undervisning og havde kun lidt ondt <input type="checkbox"/>	Måtte blive hjemme fra arbejde/ uddannelse/skole/andet <input type="checkbox"/> Gik på arbejde/deltog i undervisning, men havde ondt og ville helst bare hjem <input type="checkbox"/> Kunne godt arbejde eller deltage i undervisning og havde kun lidt ondt <input type="checkbox"/>
Blev smerterne værre, hvis du bevægede dig?	(Fx. dyrkede sport eller legede med kammerater?) Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	(Fx. dyrkede sport eller legede med kammerater?) Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Får du det bedre af en tur i den friske luft?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hvordan er udluftningen på din arbejdsplads, din skole eller dit uddannelsessted?	God <input type="checkbox"/> Dårlig <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/>	God <input type="checkbox"/> Dårlig <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/>
Kommer du udenfor i løbet af dagen (fx. i dit frikvarter)?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Fik du væske?	Nej <input type="checkbox"/> Mere end 1L <input type="checkbox"/> Mindre end 1L <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Mere end 1L <input type="checkbox"/> Mindre end 1L <input type="checkbox"/>
Fik du noget at spise?	Ja, lidt <input type="checkbox"/> Spiste normalt <input type="checkbox"/> Spiste ingenting <input type="checkbox"/>	Ja, lidt <input type="checkbox"/> Spiste normalt <input type="checkbox"/> Spiste ingenting <input type="checkbox"/>
Kontaktede du din læge?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du muskelsmerter?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du spændinger i kroppen?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvor? _____	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvor? _____
Tog du medicin?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilken? _____ Hvor meget? _____	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilken? _____ Hvor meget? _____
Jeg har Horton Hovedpine og tog ilt:	Hvor mange gange? 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> Flere (skriv antal) _____ <input type="checkbox"/>	Hvor mange gange? 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> Flere (skriv antal) _____ <input type="checkbox"/>

