



Dette spørreskjemaet er laget for å hjelpe deg med å beskrive hvordan du har det, og hva hodepinen hindrer deg i å gjøre.

(Kryss av i ett svar pr. spørsmål)

Når du har hodepine, hvor ofte er smertene sterke?

Aldri Sjelden Noen ganger Svært ofte Alltid

Hvor ofte begrenser hodepinen dine vanlige gjøremål som skole, arbeid, husarbeid, sosial omgang?

Aldri Sjelden Noen ganger Svært ofte Alltid

Når du har hodepine, hvor ofte ønsker du at du kunne legge deg ned?

Aldri Sjelden Noen ganger Svært ofte Alltid

I de siste 4 ukene, hvor ofte har du følt deg for trett til å utføre arbeid eller daglige gjøremål på grunn av hodepine?

Aldri Sjelden Noen ganger Svært ofte Alltid

I de siste 4 ukene, hvor ofte har du følt deg lut lei eller irritert pga. hodepine?

Aldri Sjelden Noen ganger Svært ofte Alltid

I de siste 4 ukene, hvor ofte har hodepinen begrenset evnen din til å konsentrere deg om arbeidet eller daglige gjøremål?

Aldri Sjelden Noen ganger Svært ofte Alltid

+ + + +
Kolonne 1 (6 poeng hver) Kolonne 2 (8 poeng hver) Kolonne 3 (10 poeng hver) Kolonne 4 (11 poeng hver) Kolonne 5 (13 poeng hver)

Samlet poengsum: =

DAGBOK-KORT FOR REGISTRERING AV HODEPINE

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



Hodepineklinikken

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"/>
	VENSTRE SIDE	<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"/>

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"/>
	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"/>

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"/>
	MODERAT (fungerte dårlig)	<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"/>
	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"/>

Wera AS, vers.no :: Juli 2021 - 300

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

Anfallets start:

Klokkeslett nærmeste time 0-24:

Alvorlighetsgrad:

1 = Lett hodepine (greit å fungere)

2 = Moderat hodepine

(fungerer, men det er vanskelig)

3 = Kraftig hodepine

(klarer ikke å fungere)

(K påføres etter tallet ved kvalme/oppkast)

Anfallsbehandling:

A: C:

B: D:

Effekt behandling:

I = Ingen

V = Veldig bra

M = Middels

T = Tilbakefall

Varighet:

Antall timer anfaller påvirker deg

Menstruasjon:

Blødningsdager markeres med ring rundt dato.

Forebyggende medisiner:

.....

Hvorfor bruke HodepineKalender?

- Kartlegge hodepinemønsteret
- Stille diagnose
- Oppdage endringer i mønsteret
- Bedre behandlingen
- Registrere bruk av medikamenter

Målsettingen er å bedre den enkeltes mulighet til selv å takle hodepineproblemet.

Ta med anfallskalender ved besøk hos legen.

HodepineKalender

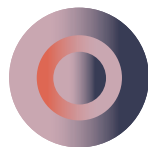
Navn:

Lege:

Tlf.:

Periode:

HUSK: Hodepinekalenderen er et viktig hjelpemiddel for legen. Ta den derfor med til hvert legebesøk.



Hodepine
klinikken



Hodepine
klinikken



Navn: F.nr:

Fastlege:

Sivilstatus: Barn, alder:

Arb.giver: Stilling: Stillingsprosent:

Allergi:

Tidligere sykdommer, innleggelser og operasjoner:

Røyk/snus (ant./dag)	Kaffe: (ant./dag)	Colaprodukter: (liter/uke)	Alkohol: (enh./uke)	Fysisk aktivitet: (timer/uke)	Søvnvansker? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

For kvinner: Alder ved første menstruasjon: Prevensjon, type:

Hodepine: relasjon til menstruasjon / svangerskap:

Vedr. hodepine

Alder v/ start: Familiær belastning:

Utløsende faktorer

- | | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Etter stress | <input type="checkbox"/> Søvnmangel | <input type="checkbox"/> Alkohol |
| <input type="checkbox"/> Menstruasjon | <input type="checkbox"/> Værforandringer | <input type="checkbox"/> Lukter | <input type="checkbox"/> Sult |
| <input type="checkbox"/> Annet: | | | |

Merker du noe før hodepinen starter

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tretthet | <input type="checkbox"/> Gjesping | <input type="checkbox"/> Nakkesmerter |
| <input type="checkbox"/> Irritabilitet | <input type="checkbox"/> Nedstemthet | <input type="checkbox"/> Nedsatt konsentrasjon |

Har du opplevd

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Synsforstyrrelser | <input type="checkbox"/> Prikking | <input type="checkbox"/> Taleforstyrrelser | <input type="checkbox"/> Kvalme |
| <input type="checkbox"/> Lydskyhet | <input type="checkbox"/> Lysskyhet | <input type="checkbox"/> Kraftsvikt | |

Etter hodepinen

- | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sliten/trett | <input type="checkbox"/> Uopplagt | <input type="checkbox"/> Nakkesmerter | <input type="checkbox"/> Oppstemt |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|

Har du tatt CT eller MR av:

- Hode Nakke

Resultat (ta med svaret!)

Medisiner (skriv ned alle medisiner i bruk, noter også medisiner du tidligere har brukt mot hodepinen)

Snu arket ved behov