

Hovedpine dagbog for børn

Denne dagbog kan hjælpe lægen med at finde ud af, hvilken hovedpine du lider af. Du skal udfylde den hver aften på de dage, hvor det har gjort ondt. Det gør det nemmere for dig at forklare lægen, hvordan det føles. Du skal sætte kryds i de kasser, der passer bedst til din hovedpine. Hvis du er i tvivl om, hvordan du skal gøre, så spørg dine forældre eller din læge.

Navn: _____

Cpr. nr.: _____

Dato:

Hvor længe havde du hovedpine?

Skriv hvornår det startede, og hvornår det holdt op.

Før hovedpinen startede, følte du

Synsforstyrrelser?

Taleforstyrrelser?

Forstyrrelser i følesansen?

Andre forstyrrelser?

Hvordan følte din hovedpine?

Dunkende (hamrende/pulserende)

Konstant (pressende/strammende)

Hvor i dit hoved gjorde det ondt?

Farvelæg det område, hvor det gjorde ondt.

Venstre

Højre

Pande

Hvor ondt gjorde din hovedpine?

Farvelæg det ansigt, der passer.

Meget ondt. Havde ikke lyst til noget, måtte blive hjemme fra skole.

Ondt. Ville helst ikke bevæge mig, men gik alligevel i skole.

Lidt ondt. Kunne godt lege/dyrke sport.

Blev din hovedpine værre af, at du bevægede dig?

Ja

F.eks. når du gik på trapper, løb, legede eller dyrkede sport.

Nej

Fik du det bedre, når du bevægede dig?

Ja

F.eks. når du gik på trapper, løb, legede eller dyrkede sport.

Nej

Havde du kvalme, eller mistede du bare lysten til at spise, da du havde hovedpine?

Ja

Nej

Kastede du op?

Ja

Nej

Havde du det bedst i et mørkt og stille værelse, da du havde hovedpine?

Ja

Nej

Faldt du i søvn?

Ja

Nej

(Hvis ja, hvornår?)

Kl. _____

Var hovedpinen væk eller meget bedre efter, at du havde sovet?

Ja

Nej

	/	/	/	/	/
Fra kl.....	Fra kl.....	Fra kl.....	Fra kl.....	Fra kl.....	Fra kl.....
Til kl.....	Til kl.....	Til kl.....	Til kl.....	Til kl.....	Til kl.....
Synsforstyrrelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taleforstyrrelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forstyrrelser i følesansen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre forstyrrelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dunkende (hamrende/pulserende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konstant (pressende/strammende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venstre					
Højre					
Pande					
Meget ondt. Havde ikke lyst til noget, måtte blive hjemme fra skole.					
Ondt. Ville helst ikke bevæge mig, men gik alligevel i skole.					
Lidt ondt. Kunne godt lege/dyrke sport.					
Blev din hovedpine værre af, at du bevægede dig? Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.eks. når du gik på trapper, løb, legede eller dyrkede sport. Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fik du det bedre, når du bevægede dig? Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.eks. når du gik på trapper, løb, legede eller dyrkede sport. Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Havde du kvalme, eller mistede du bare lysten til at spise, da du havde hovedpine? 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"/>
Kastede du op? 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"/>
Havde du det bedst i et mørkt og stille værelse, da du havde hovedpine? 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"/>
Faldt du i søvn? 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"/>
(Hvis ja, hvornår?) Kl.	_____	_____	_____	_____	_____
Var hovedpinen væk eller meget bedre efter, at du havde sovet? 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"/>