

































# 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.

Navn: \_\_\_\_\_

CPR-nr: \_\_\_\_\_

Dato:	/	/	/	/	/
Hvor længe havde du hovedpine?	Min. Timer.	Min. Timer.	Min. Timer.	Min. Timer.	Min. Timer.
Før hovedpinen startede, følte du Synsforstyrrelser? Taleforstyrrelser?	<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"/> <input type="checkbox"/>
Hvor i dit hoved gjorde det ondt? Vis det område, hvor det gjorde ondt. Farvelæg det ansigt, der passer.	Venstre 	Venstre 	Venstre 	Venstre 	Venstre 
	Højre 	Højre 	Højre 	Højre 	Højre 
	Pande 	Pande 	Pande 	Pande 	Pande 
Hvor ondt gjorde din hovedpine? 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? F.eks. når du gik på trapper, løb, legede eller dyrkede sport.	Ja Nej	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kastede du op eller havde kvalme?	Ja Nej	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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 Nej	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Var hovedpinen væk eller meget bedre efter, at du havde sovet?	Ja Nej	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



## Fik du medicin mod hovedpinen?

Hvis ja, hvad fik du?

Hvis ja, hjalp det?

Dato og kl.:

Navn:

Hvor meget:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____