

# Din egen hovedpine



Hvis du lider af **hovedpine**, er det en god idé at føre **dagbog** og beskrive, hvordan **smerten** føles, samt hvornår og hvor **ofte** du får hovedpine. **Resultatet** bør du drøfte med din **læge**.

# HOVEDPINEDAGBOG.

Udfyldes efter hver hovedpine. Sæt kryds i de kasser, der passer bedst til hvert spørgsmål.

	Dato:	/	/	/
Hvornår begyndte hovedpinen?	Tidspunkt:			
Hvornår forsvandt hovedpinen?	Tidspunkt:			
Var hovedpinen:	Let Middel Svær	<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 sad hovedpinen:	Højresidig Venstresidig I 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"/>
Hvordan følte hovedpinen:	Dunkende Konstant	<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"/>
Før hovedpinen, var der forstyrrelser af:	Synet Følesansen	<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"/>
Forandrede hovedpinen sig ved fysisk aktivitet:	Værre Uændret Bedre	<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"/>
Var hovedpinen ledsaget af kvalme:	Let Middel Svær	<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"/>
Var hovedpinen ledsaget af lys skyhed:	Let Middel Svær	<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"/>
Var hovedpinen ledsaget af lydoverfølsomhed:	Let Middel Svær	<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"/>
Er der noget specielt, der har udløst dette tilfælde af hovedpine?	Skriv:	_____	_____	_____
Hvis du tog medicin, hvilken slags og hvor meget tog du?	Skriv:	_____	_____	_____





[www.apoteket.dk](http://www.apoteket.dk)