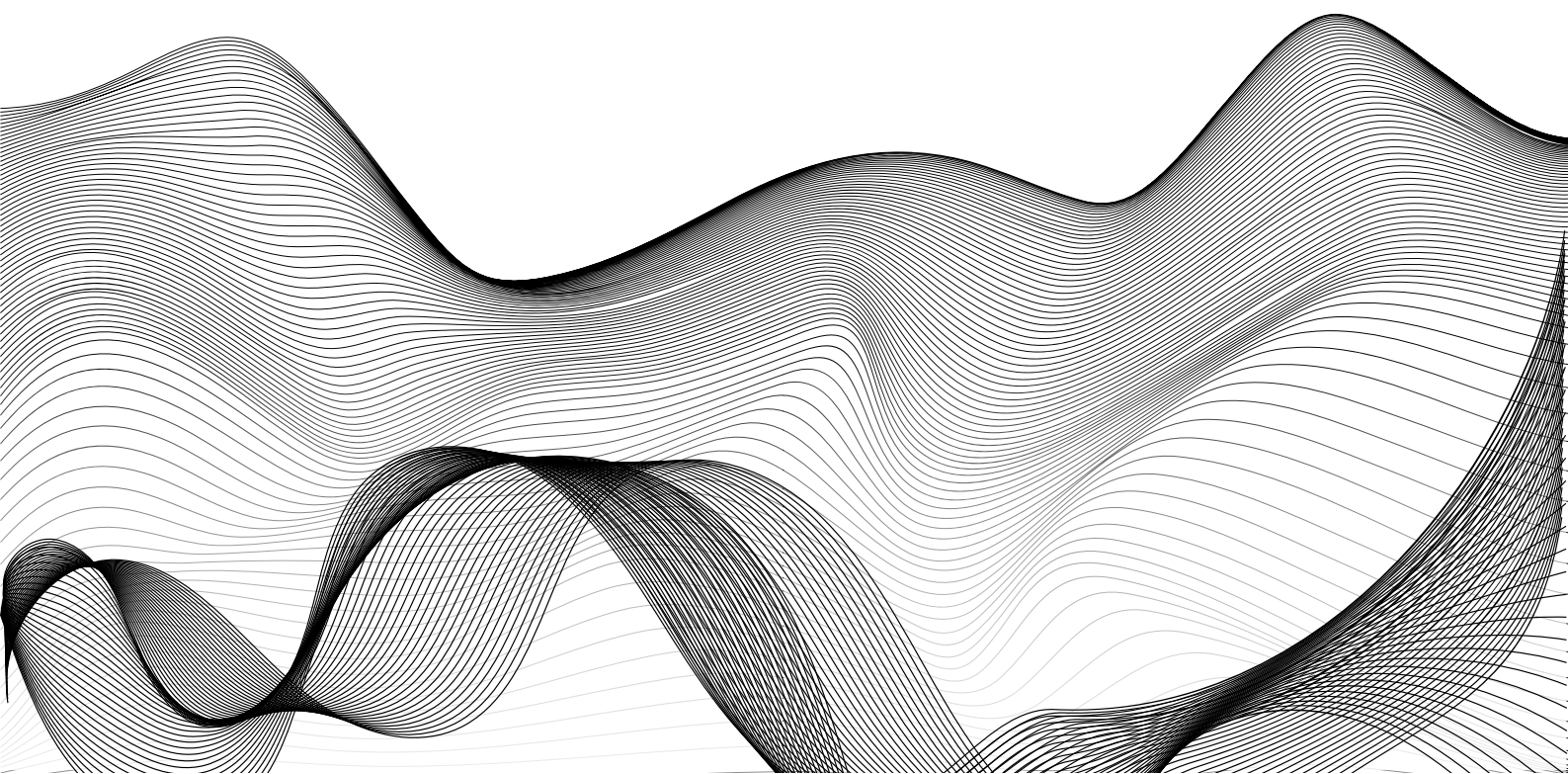


NOYOCARE.DK

© Noyocare  
Denmark

H O V E D P I N E D A G B O G  
**NOYOCARE**  
ANNO - 2023



# Diagnostisk hovedpinedagbog

Dagbogen skal udfyldes hver aften på dage hvor hovedpine har været fremtræden. Sæt X i kasserne der passer bedst til spørgsmålene.

|           |   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------|---|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>1</b>  | <b>År:</b>  | <b>Dato:</b>     | /                        | /                        | /                        | /                        | /                        | /                        | /                        |
| <b>2</b>  | Hvornår begyndte hovedpinen? Nærmeste time:   |                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>3</b>  | Hvornår forsvandt hovedpinen? Nærmeste time:  |                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>4</b>  | Var der lige før hovedpinen forstyrrelser af:   | Synet:           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|           |   | Følesansen:      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|           |   | Taleevne:        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>5</b>  | Var hovedpinen:   | Dobbelt-sidedig: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|           |   | Venstresidig:    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|           |   | Højresidig:      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>6</b>  | Var hovedpinen  | Konstant:        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|           |   | Pulserende:      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>7</b>  | Var hovedpinen<br>(Gennemsnit af hele dagen)<br>*Se nedenfor*                               | Let:             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|           |   | Middel:          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|           |   | Svær:            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>8</b>  | Blev hovedpinen forværret ved fysisk aktivitet?<br>F.eks trappegang                         | Ja:              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|           |   | Ved ikke:        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>9</b>  | Var der kvalme?   | Ingen:           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|           |   | Let:             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|           |   | Middel:          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|           |   | Svær:            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>10</b> | Overfølsom for lys?   | Ja:              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>11</b> | Overfølsom for lyd  | Ja:              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>12</b> | Er der noget, der har udløst dette tilfælde af hovedpine?                                   | Hvad:            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>13</b> | Blev der taget medicin?<br>(Nævn for hvert navn,<br>hvor meget og tidspunkt for indtagelse) | Navn:            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|           |   | Hvor meget:      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|           |   | Klokken:         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|           |   | Navn:            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|           |   | Hvor meget:      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|           |   | Klokken:         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|           |   | Navn:            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|           |   | Klokken:         |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |

\*) **Let**= Hæmmer ikke arbejde eller anden aktivitet  
**Middel**= Hæmmer, men forhindrer ikke arbejde eller anden aktivitet  
**Svær**= Forhindrer arbejde eller anden aktivitet

# Instruktion til udfyldelse af Hovedpinedagbogen

Det er vigtigt at dagbogen er udfyldt før du møder til konsultation hos en læge eller andet relevant fagpersonale. Hovedpinedagbogen er med til at klarlægge, hvilket typer af hovedpine du lider af.

Hovedpinedagbogen skal udfyldes hver aften hvor der har været hovedpine uanset om det er en mild eller svær grad af hovedpine.

Det er derfor vigtigt at du husker at notere dato og tidspunkt og udfylder alle spørgsmålene så godt du kan.

**Række 1:** Dato for hovedpinen.

**Række 2:** Hvilket tidspunkt startede hovedpinen.

**Række 3:** Hvilket tidspunkt sluttede hovedpinen.  
Havde du hovedpine, da du faldt i søvn, noteres denne tid.

**Række 4:** Markér hvis du oplever synsforstyrrelser i form af zig-zag striber, flimrer eller synsudfald, føleforstyrrelser som stik eller prik i ansigt eller på arme, eller taleproblemer før hovedpinen.

**Række 5:** Markér i hvilken side af hovedet smerten sidder. Hvis smerten er begyndt i én side og bagefter er skiftet til den anden side markeres både venstre og højre side. Er smerten fortrinsvis i den ene side og senere også udbredes til den anden side, kryds i venstre eller højre side samt i rubrikken dobbeltsidig.

**Række 6:** Pulserende betyder dunkende og/eller i takt med pulsen.

**Række 7:** Markér i boksen svarende til dagens gennemsnit af hovedpinen ifølge skalaen nederst på skemaet. Var hovedpinen f.eks. let den halve dag og svær den anden halve dag, markér i boksen "middel". Var hovedpinen svær det meste af dagen, markér da i boksen "svær".

**Række 10:** Overfølsom overfor lys betyder, at du er generet af lys, og at du prøver at undgå det.

**Række 11:** Overfølsom over for lyd betyder, at du er generet af lyd, og at du prøver at undgå det.

**Række 12:** Anfør, hvad du mener, der kan have forårsaget hovedpinen.

**Række 13:** Skriv navnet på al den medicin du tog pga. hovedpinen, ligeledes styrken (antal mg) og mængden (antal enheder eller piller) samt tidspunktet for medicinindtagelsen.