

H  
U  
V  
U  
D  
V  
Ä  
R  
K  
S  
D  
A  
G  
B  
O  
K

NAMN:						ÅR:		
DATUM	KLOCKSLAG börjar/slutar	HUVUDVÄRKEN (se nedan)				VARFÖR? – Utlösande faktorer Triggers som stress, mat, dryck, hormoner, väder mm.	HUR KÄNDES DET? – Symtom Molande, tryckande, pulserande, bultande, illamående, kräkningar, ljus-/ljudkänslighet, aura m.m.	VAD GJORDE DU? – Behandling Medicin – dos, tidpunkt. Annan behandling. Vilade/sov.
		Lätt	Medel	Svår	Typ			

**LÄTT:** Hämmar inte skola/arbete/aktiviteter **MEDEL:** Hämmar, men förhindrar inte skola/arbete/aktiviteter **SVÅR:** Förhindrar skola/arbete/aktiviteter  
**TYP:** X = migrän ○ = annan huvudvärk