HUVUDVÄRKSDAGBOK för en månad

HUVUDVÄRKS FÖRBUNDET

NAMN:								**Period/ månad:**	
DATUM	KLOCKSLAG börjar/slutar	HUVUDVÄRKEN (se bredvid)				VAR PÅ HUVUDET? Vilken sida?	HUR KÄNDES DET? *Symtom* Molande, tryckande, pulserande, bultande, illamående, kräkningar, ljus-/ljudkänslighet, aura m.m.	VARFÖR? Utlösande faktorer (triggers) som stress, hormoner, mat, dryck, väder mm.	VAD GJORDE DU? Behandling: Medicin (dos), tidpunkt. Annan behandling. Vilade/sov.
		Typ	Lätt	Medel	Svår				

TYP:

1 = migrän

2 = spännings-huvudvärk

3 = kluster-huvudvärk

4 = annan huvudvärk

LÄTT: Hämmar inte skola/arbete/aktiviteter

MEDEL: Hämmar, men förhindrar inte skola/arbete/aktiviteter

SVÅR: Förhindrar skola/arbete/aktiviteter

Huvudvärks-dagböcker finns att ladda ned på förbundets hemsida.