

## Dagbok-kort for registrering av hodepine

20	Dato:	/	/	/	/	/	/	/
Når startet hodepinen?	Klokkeslett:							
Når var hodepinen borte?	Klokkeslett:							
Tok du medisiner på grunn av hodepinen?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Navn på legemiddel								
Hvor mye tok du?								
Når tok du det? (Klokkeslett)								
Mener du at det er noe* som utløser hodepinen		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
: Hva?								
Merker du rett før hodepineanfallet	Forstyrrelser av syn?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Nummenhet i armer, kropp eller ansikt?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Forstyrrelser i tale?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Har du nakkesmerter i forbindelse med hodepine?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Hvor i hodet var det vondt?	: Høyre side Venstre side 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"/>	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Skiftet smerten side under anfallet?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Hvordan var smerten	Pulserende Som et konstant trykk	<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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ble smerten forverret av fysisk aktivitet**?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Hadde du under anfallet	Kvalme?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
	Oppkast?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
	Lysskyhet (ubehag av lys)?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
	Lydskyhet (ubehag av lyd)?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Hvor kraftig var hodepinen?	MILD (kunne fungere normalt) MODERAT (fungerte dårlig) ALVORLIG (måtte avlyse/avbryte normal aktivitet) KLARTE IKKE Å VÆRE I RO (kraftige smerter)	<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"/> <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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

\* F.eks mat, drikke, stress, menstruasjon, nakkebevegelser

\*\* F.eks gå i trapper, bøye seg

## Spørreskjema om virkningene av hodepine (HIT-6)

1. Når du har hodepine, hvor ofte er smertene sterke?

Aldri

Sjelden

Noen ganger

Svært ofte

Alltid

2. Hvor ofte begrenser hodepinen din evne til å utføre vanlige daglige gjøremål slik som husarbeid, arbeid, skolearbeid eller å ha sosial omgang?

Aldri

Sjelden

Noen ganger

Svært ofte

Alltid

3. Når du har hodepine, hvor ofte ønsker du at du kunne legge deg ned?

Aldri

Sjelden

Noen ganger

Svært ofte

Alltid

4. I de siste 4 ukene, hvor ofte har du følt deg for trett til å utføre arbeid eller daglige gjøremål på grunn av hodepine?

Aldri

Sjelden

Noen ganger

Svært ofte

Alltid

5. I de siste 4 ukene, hvor ofte har du følt deg lut lei eller irritert på grunn av hodepine?

Aldri

Sjelden

Noen ganger

Svært ofte

Alltid

6. I de siste 4 ukene, hvor ofte har hodepinen begrenset din evne til å konsentrere deg om arbeid eller daglige gjøremål?

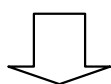
Aldri

Sjelden

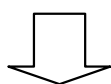
Noen ganger

Svært ofte

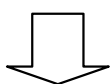
Alltid



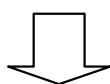
KOLONNE 1  
(6 poeng hver)



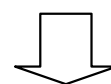
KOLONNE 2  
(8 poeng hver)



KOLONNE 3  
(10 poeng hver)



KOLONNE 4  
(11 poeng hver)



KOLONNE 5  
(13 poeng hver)

**Beregn poeng summen ved å legge sammen poengene for svarene i hver kolonne.**

Vennligst la din lege få vite resultatene fra dette spørreskjemaet (HIT-6)

**Samlet poengsum**

Høye poengsum angir store virkninger på ditt liv.

Samlet poengsum kan gå fra 36-78