



Päänsärkypäiväkirja

Nimi:

Milloin päänsärky alkoi? Pvm ja klo _____ Herännyt särkyyn klo. _____							
Ennako-oireet Väsymys, haukottelu tms. <input type="checkbox"/> Mielialavaihtelut <input type="checkbox"/> Mielihalut tms. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päänsärlyn voimakkuus Lievä <input type="checkbox"/> Kohtalainen <input type="checkbox"/> Voimakas <input type="checkbox"/> Erittäin voimas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päänsärlyn luonne Sykkivä <input type="checkbox"/> Tasainen <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esiintyikö päänsärlyn yhteydessä? Valonarkuutta <input type="checkbox"/> Näköhäiriöitä <input type="checkbox"/> Tuntohäiriöitä <input type="checkbox"/> Puheenhäiriöitä <input type="checkbox"/> Ymmärtämisen häiriöitä <input type="checkbox"/> Pahoinvointia <input type="checkbox"/> Oksentelua <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoito Lepo <input type="checkbox"/> Lepo pimeässä <input type="checkbox"/> Kylmä kääre <input type="checkbox"/> Hieronta <input type="checkbox"/> Lääkkeen nimi ja annos: _____ Kellonaika _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaikutus, autoiko? Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altistavat/laukaisevat tekijät Mikä: _____ <input type="checkbox"/> Mikä: _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päänsärky loppui? Pvm ja klo _____ Nukkuessa _____							



Muuta mainittavaa:

Pohjanmaan hyvinvointialue • www.pohjanmaanhyvinvointi.fi • Vaihde 06 218 1111

Tämä ohje on tarkoitettu hoitosuhteessa oleville potilaillemme.