Österbottens välfärdsområde
Pohjanmaan hyvinvointialue

Anvisning upprättad xx.xx.2022

# Huvudvärksdagbok

Namn:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **När började huvudvärken?** | | | | | | | |
| Dat och kl. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Vaknade av värk kl. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| **Förhands-symtom** | | | | | | | |
| Trötthet, gäspningar mm. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Humörväxlingar | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Begär | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Huvudvärkens styrka** | | | | | | | |
| Lindrig | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Måttlig | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Kraftig | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Väldigt kraftig | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Huvudvärkens natur** | | | | | | | |
| Pulserande | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Jämn | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Uppkommer i samband med huvudvärken?** | | | | | | | |
| Ljuskänslighet | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Synrubbningar | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Känselstörningar | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Talsvårigheter | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Förståelsesvårdigheter | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Illamående | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Uppkastningar | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Vård** | | | | | | | |
| Vila | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Vila i mörker | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Kallt omslag | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Massage | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Läkemedlets namn o. dos: | | | | | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Klockslag | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| **Verkan, hjälpte det?** | | | | | | | |
| Ja | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Nej | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Utlösande faktorer** | | | | | | | |
| Vad:_____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Vad:_____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **När slutade huvudvärken?** | | | | | | | |
| Dat och kl. | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| I sömnen | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Annat: _____

_____