

Navn: F.nr:
Fastlege:
Sivilstatus: Barn, alder:
Arb.giver: Stilling, %:

Allergi:

Tidligere sykdommer, innleggelser og operasjoner:

Røyk/snus (ant./dag) Kaffe: (ant./dag) Colaprodukter: (ant./uke) Alkohol: (enh./uke) Fysisk aktivitet: (ant./uke)

For kvinner: Alder ved første menstruasjon: Prevensjon, type:

Hodepine: relasjon til menstruasjon / svangerskap:

Vedr. hodepine

Alder v/ start: Familiær belastning:

Utløsende faktorer

<input type="checkbox"/> Stress	<input type="checkbox"/> Etter stress	<input type="checkbox"/> Søvnmangel	<input type="checkbox"/> Alkohol
<input type="checkbox"/> Menstruasjon	<input type="checkbox"/> Værforandringer	<input type="checkbox"/> Lukter	<input type="checkbox"/> Sult
<input type="checkbox"/> Annet			

Merker du noe før hodepinen starter

<input type="checkbox"/> Tretthet	<input type="checkbox"/> Gjesping	<input type="checkbox"/> Nakkesmerter
<input type="checkbox"/> Irritabilitet	<input type="checkbox"/> Nedstemthet	<input type="checkbox"/> Nedsatt konsentrasjon

Har du opplevd

<input type="checkbox"/> Synsforstyrrelser	<input type="checkbox"/> Prikking	<input type="checkbox"/> Taleforstyrrelser	<input type="checkbox"/> Kvalme
<input type="checkbox"/> Lydskyhet	<input type="checkbox"/> Lysskyhet	<input type="checkbox"/> Kraftsvikt	

Etter hodepinen

<input type="checkbox"/> Sliten/trett	<input type="checkbox"/> Uopplagt	<input type="checkbox"/> Nakkesmerter	<input type="checkbox"/> Oppstent
---------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------

Har du tatt CT eller MR av:

Resultat (ta med svaret!)

Hode Nakke

Medisiner (skriv ned alle medisiner i bruk, noter også medisiner du tidligere har brukt mot hodepinen)

Snu arket ved behov