Huvudvärksdagbok

Personuppgifter

Namn	Personnummer

Typ av huvudvärk: X = migrän, 0 = annan huvudvärk

Lätt: Ingen påverkan på skola/arbete/aktiviteter. **Medel**: Mindre påverkan på skola/arbete/aktiviteter. **Svår**: Förhindrar skola/arbete/aktiviteter.

Datum	**Klockan**	**Huvudvärk**				**Utlösande faktorer**	**Beskrivning**	**Åtgärd**	**Effekt**
	Började/ slutade	Typ	Lätt	Medel	Svår	Stress, mat, dryck, sömn	Molande, pulserande, illamående, ljus-/ljudkänslighet	Medicin, vila, annan behandling	Vad hände?

© Nationellt kliniskt kunskapsstöd, 2021-11-17, version 2.0