Migrenehjelpen

Migrenedagbok

Navn _____ Måned og år _____

Fyll ut hver dag, også dagene uten hodepine. **Symptomer:** A = aura K = kvalme L = lys-/lydfølsomhet S = svimmelhet **Effekt:** G = god D = delvis I = ingen

Dato	Anfall start – slutt (kl.)	Styrke 1–10	Symptomer A K L S	Medisin og dose hva, hvor mye, når	Effekt G D I	Mens ✓	Mulige triggere og notater søvn, stress, mat, alkohol, lys …
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

Ta med dagboken til legetimen.

Dato	Anfall start – slutt (kl.)	Styrke 1–10	Symptomer A K L S	Medisin og dose hva, hvor mye, når	Effekt G D I	Mens ✓	Mulige triggere og notater søvn, stress, mat, alkohol, lys …
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

Til legetimen: Hvor mange dager med hodepine denne måneden? ___ Hvor mange dager med anfallsmedisin? ___ Spørsmål jeg vil stille: