

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

- | | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Stress | ☐ Etter stress | ☐ Søvnmangel | ☐ Alkohol |
| ☐ Menstruasjon | ☐ Værforandringer | ☐ Lukter | ☐ Sult |
| ☐ Annet | | | |

Merker du noe før hodepinen starter

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| ☐ Tretthet | ☐ Gjesping | ☐ Nakkesmerter |
| ☐ Irritabilitet | ☐ Nedstemthet | ☐ Nedsatt konsentrasjon |

Har du opplevd

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|---------------------------------|
| ☐ Synsforstyrrelser | ☐ Prikking | ☐ Taleforstyrrelser | ☐ Kvalme |
| ☐ Lydsykhhet | ☐ Lyssykhhet | ☐ Kraftsvikt | |

Etter hodepinen

- | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Sliten/trett | ☐ Uopplagt | ☐ Nakkesmerter | ☐ Oppstemt |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|

Har du tatt CT eller MR av:

☐ Hode ☐ Nakke

Resultat (ta med svaret!)

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

Snu arket ved behov

DAGBOK-KORT FOR REGISTRERING AV HODEPINE

Fyll ut dagbok-kortet hver gang du har hatt hodepine.
(Skriv på baksiden dersom du trenger mer plass)

NAVN:						FØDSELDATO:					
20	Dato:	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Når startet hodepinen?		KLOKKESLETT									
Når var hodepinen borte?		KLOKKESLETT									
Tok du medisiner på grunn av hodepinen?			☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI
NAVN PÅ LEGEMIDDEL											
HVOR MYE TOK DU?											
NÅR TOK DU DET? (klokkeslett)											
Mener du at det er noe* som utløste hodepinen?			☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI
HVA?											
Merket du rett før hodepineanfallet											
FORSTYRRELSER AV SYN?			☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI
NUMMENHET I ARMER, KROPP ELLER ANSIKT?			☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI
FORSTYRRELSER AV TALE?			☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI
Har du nakkesmerter i forbindelse med hodepinen?			☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI
Hvor i hodet var det vondt?		HØYRE SIDE	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		VENSTRE SIDE	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		BEGGE SIDER	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Skiftet smerten side under anfallet?			☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI
Hvordan var smerten?		PULSERENDE (dunkende)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		SOM ET KONSTANT TRYKK	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ble smerten forverret av fysisk aktivitet**?			☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI
Hadde du under anfallet		KVALME?	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI
		OPPKAST?	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI
		LYSSKYHET (ubehag av lys)?	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI
		LYDSKYHET (ubehag av lyd)?	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI	☐ JA ☐ NEI
Hvor kraftig var hodepinen?		MILD (kunne fungere normalt)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		MODERAT (fungerte dårlig)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		ALVORLIG (måtte avlyse/avbryte norm. aktivitet)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		KLARTE IKKE Å VÆRE I RO PGA. KRAFTIGE SMERTER	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*Feks. mat, drikke, stress, menstruasjon, fysiske anstrengelser, nakkebevegelser. **Feks. gå i trapper, bøye seg.

HIT-6® SPØRRESKJEMA OM INNVIRKNINGEN AV HODEPINE PÅ LIVET DITT



Dette spørreskjemaet er blitt utformet for å hjelpe deg med å beskrive og gi uttrykk for hvordan du har det, og hva du ikke kan gjøre på grunn av hodepine.

For å fylle ut, vennligst kryss av i passende rute for hvert spørsmål.

1	Når du har hodepine, hvor ofte er smertene sterke?	☐ Aldri	☐ Sjelden	☐ Noen ganger	☐ Svært ofte	☐ Alltid
2	Hvor ofte begrenser hodepinen deg til å utføre vanlige daglige gjøremål slik som husarbeid, arbeid, skolearbeid eller å ha sosial omgang?	☐ Aldri	☐ Sjelden	☐ Noen ganger	☐ Svært ofte	☐ Alltid
3	Når du har hodepine, hvor ofte ønsker du at du kunne legge deg ned?	☐ Aldri	☐ Sjelden	☐ Noen ganger	☐ Svært ofte	☐ Alltid
4	I de siste 4 ukene, hvor ofte har du følt deg for trett til å utføre arbeid eller daglige gjøremål på grunn av hodepine?	☐ Aldri	☐ Sjelden	☐ Noen ganger	☐ Svært ofte	☐ Alltid
5	I de siste 4 ukene, hvor ofte har du følt deg lut lei eller irritert på grunn av hodepine?	☐ Aldri	☐ Sjelden	☐ Noen ganger	☐ Svært ofte	☐ Alltid
6	I de siste 4 ukene, hvor ofte har hodepinen begrenset din evne til å konsentrere deg om arbeid eller daglige gjøremål?	☐ Aldri	☐ Sjelden	☐ Noen ganger	☐ Svært ofte	☐ Alltid

	+		+		+		+	
Kolonne 1		Kolonne 2		Kolonne 3		Kolonne 4		Kolonne 5
(4 poeng hver)		(8 poeng hver)		(16 poeng hver)		(11 poeng hver)		(13 poeng hver)

Beregn poengsummen ved å legge sammen poengene for svarene i hver kolonne.

Vennligst la din lege få vite om resultatene fra dette spørreskjemaet (HIT-6).

Samlet poengsum

Høy poengsum angir stor innvirkning på livet ditt.

Samlet poengsum kan gå fra 36 til 78.