HUVUDVÄRKSDAGBOK

NAMN:								**ÅR:**
DATUM	**KLOCKSLAG** börjar/slutar	**HUVUDVÄRK**				**VARFÖR? Utlösande faktorer** *Triggers som stress, mat, dryck, hormoner, väder mm.*	**HUR KÄNDES DET? Symtom** *Molande, tryckande, pulserande, bultande, illamående, kräkningar, ljus-/ljudkänslighet, aura mm.*	**VAD GJORDE DU? Behandling** *Medicin – dos, tidpunkt. Annan behandling. Vilade/sov.*
		LÄTT	**MEDEL**	**SVÅR**	**TYP**			

LÄTT: *Hämmar inte skola/arbete/aktiviteter.* **MEDEL:** *Hämmar, men förhindrar inte skola/arbete/aktiviteter.* **SVÅR:** *Förhindrar skola/arbete/aktiviteter.* **TYP:** *X = migrän O = annan huvudvärk*