



Barnsjukhuset  
Martina

**Fyll i och tag med vid besök på mottagningen!**

**Frågeformulär om huvudvärk**

Namn:

Personnummer:

Datum:

*Syftet med formuläret är att förbättra omhändertagandet av barn och ungdomar med huvudvärk. Svaren på dessa frågor kommer att underlätta besöket på mottagningen då all viktig information blir samlad och genomtänkt innan besöket. Under rubrikerna hittar du olika svar. Kryssa i rutan för den eller de som överensstämmer med dig.*

**Familj**

sammanboende föräldrar  skilda föräldrar  sjukdom i närmaste familj   
Antal syskon . . . . . inga syskon

**Skola**

Vilken skola och årskurs går du i? .....

Vad är roligt med skolan? .....

Är det något du inte är nöjd med? .....

Hur mycket skolfrånvaro har du på grund av huvudvärk/migrän?.....

Vad gör du på rasterna? .....

Har du någon/några riktigt bra kompisar?  ja  nej

Känner du dig mobbad?  ja  nej

Hur tar du dig till och från skolan?

går eller cyklar

tar buss eller tåg

blir skjutsad

**Fritid**

Har du någon vardagsaktivitet (ex cykla, promenera, bollspel med kompisar)?

Om ja,

Vad? .....

Hur ofta? .....

ingen planerad fritidsaktivitet

planerad fritidsaktivitet .....

**Skärmanvändning (mobil, dator, TV, platta)**

Ungefär hur många timmar per dag sitter du vid en skärm?

vardag (skoldag): ..... lördag/söndag: .....

Hur länge brukar du sitta framför en skärm i sträck utan att ta paus? .....

**Måltider**

- äter frukost  
 äter skollunch (inte bara knäckebröd)  
 äter mellanmål  
 äter kvällsmat/middag

Hur många mål mat äter du per dag? .....

Om du tränar, tar du paus för att äta och dricka? .....

**Sömnrutiner**

När går du och lägger dig? Vardag (skoldag): ..... Lördag/söndag: .....

Hur lång tid tar det innan du somnar? .....

Vaknar du ofta på natten? nej  ja  → Hur lång tid tar det att somna om? .....

Hur många timmar per natt i genomsnitt sover du? Vardag (skoldag): ..... Helg: .....

Hur mår du när du vaknar (trött, svår att väcka, pigga)? .....

**Ärftlighet**

- huvudvärk hos familjemedlem  
 huvudvärk hos släkting

Annan sjukdom i familj/slakten som du tänker på .....

**Övriga sjukdomar**

- helt frisk förutom huvudvärk

Övriga sjukdomar/besvär .....

Vårdats på sjukhus på grund av .....

**Vilka tidigare utredningar och behandlingar har du gjort på grund av din huvudvärk och vad har dessa visat? .....**

.....

När undersökte du **synen** senast? .....

Har du normal syn? ..... Använder du glasögon? ja  nej

Har du varit hos **tandläkaren** och kontrollerat tänder och bitt? ja  nej

När i så fall? .....

**Läkemedel**

Använder du något läkemedel mot din huvudvärk nu? ja  nej

Läkemedel som tas vid behov .....

Läkemedel som tas dagligen:

namn. .... styrka (mg) ..... antal/dag ..... Sedan när? .....

Läkemedel som du hittills provat mot huvudvärk

1. namn, dos, effekt .....

2. namn, dos, effekt .....

3. namn, dos, effekt .....

**Huvudvärkens karaktär**

Här kan du beskriva hur du uppfattar din huvudvärk, svara gärna med egna ord men kryssa också i de givna svaren nedan som bäst beskriver din huvudvärk

.....  
 .....  
 .....

Vid vilken ålder började huvudvärken? .....

**Huvudvärken**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> finns redan vid uppvaknandet   | <input type="checkbox"/> börjar ofta på morgonen                      |
| <input type="checkbox"/> börjar oftast på eftermiddagen | <input type="checkbox"/> börjar vid ansträngning                      |
| <input type="checkbox"/> klar relation till stress      | <input type="checkbox"/> klar relation till avslappning/helg/semester |
| <input type="checkbox"/> klar relation till annat ..... |   |

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> försämras på eftermiddagen/kvällen | <input type="checkbox"/> försämras vid ansträngning |
| <input type="checkbox"/> försämras om hostar/nyser          |   |

- |                                     |                                  |                                   |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pulserande | <input type="checkbox"/> molande | <input type="checkbox"/> huggande |
|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|

- |                                  |  |   |                                   |
|----------------------------------|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ensidig | <input type="checkbox"/> i bakre huvudet | <input type="checkbox"/> i hela huvudet | <input type="checkbox"/> i pannan |
|----------------------------------|--|---|-----------------------------------|

**Andra besvär vid huvudvärk**

- |                                     |                                   |                                       |                                      |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> illamående | <input type="checkbox"/> kräkning | <input type="checkbox"/> ljusskygghet | <input type="checkbox"/> ljudkänslig |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
- svårighet att utföra fysisk aktivitet som t ex promenera, gå i trappor (för då försämras huvudvärken)
- förkänning i form av blixtrande ljus, påverkad syn, domningar, får svårt att prata eller annat? Beskriv gärna med egna ord .....

**Huvudvärkens längd och frekvens**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> går över inom 2 timmar | <input type="checkbox"/> håller i oftast ..... |   |   |
| <input type="checkbox"/> 1 gång per vecka       | <input type="checkbox"/> 1 gång per månad      | <input type="checkbox"/> 1 gång under 3 månader | <input type="checkbox"/> mer sällan ..... |

**Annan typ av huvudvärk**

Beskriv här om du även har en annan typ av huvudvärk än den som du beskrev ovan

.....  
 .....  
 .....

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> kortare attacker av mild huvudvärk                |
| <input type="checkbox"/> episoder med måttlig huvudvärk nästan varje dag   |
| <input type="checkbox"/> huvudvärken finns där mer eller mindre hela tiden |

Vad brukar du göra när du får huvudvärk? .....

.....  
 .....  
 .....

Förälders underskrift och namnförtydligande

- Formuläret får scannas in i digitala patientjournalen

1Dokumentkategori

Utfärdare

Giltig fr.o.m