

Maand: _____ jaar: _____

Dag	Ernst van de hoofdpijn					Duur van de hoofdpijn		Is er sprake van			Gebruikte medicijnen <i>naam/sterkte/dosis vermelden</i>			Bijzonderheden <i>(b.v. menstruatie en andere lichamelijke klachten of uitlokkende factoren)</i>
	0	1	2	3		van	tot	a	b	c	naam/sterkte/dosis	naam/sterkte/dosis	naam/sterkte/dosis	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

Ernst van de hoofdpijn: 0 = geen, 1 = licht, 2 = matig, 3 = ernstig

Is er sprake van a = misselijkheid, b = braken, c = overgevoeligheid voor licht en geluid

Dag	Ernst van de hoofdpijn				Duur van de hoofdpijn		Is er sprake van			Gebruikte medicijnen <i>naam/sterkte/dosis vermelden</i>			Bijzonderheden <i>(b.v. menstruatie en andere lichamelijke klachten of uitlokkende factoren)</i>
	0	1	2	3	van	tot	a	b	c	naam/sterkte/dosis	naam/sterkte/dosis	naam/sterkte/dosis	
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													

Ernst van de hoofdpijn: 0 = geen, 1 = licht, 2 = matig, 3=ernstig

Is er sprake van a = misselijkheid, b = braken, c = overgevoeligheid voor licht en geluid