



Naam patiënt: _____

Geboortedatum: _____

Hoofdpijn Vragenlijst

Wilt u de vragenlijst, inclusief de algemene vragenlijst zo snel mogelijk retourneren in bijgesloten envelop?

De hoofdpijndagboek moet invullen vanaf nu tot aan de afspraak en meenemen naar de afspraak met de kinderarts.

Hartelijk bedankt voor u medewerking!

HOOFDPIJN VRAGENLIJST

Wij vragen u, indien dit mogelijk is om de vragenlijst samen met uw kind in te vullen (4-12 jaar) of het kind de vragenlijst (met enige hulp) zelf in te laten vullen (12-18 jaar).

Vragen voor het kind:

Wanneer is de hoofdpijn begonnen (allereerste keer)?

Wanneer begint je hoofdpijn meestal? Ochtend middag avond wisselend

Hoe begint je hoofdpijn? Omschrijf, _____

Wordt je hoofdpijn voorafgegaan door bepaalde verschijnselen, zoals het zien van lichtjes/sterretjes/blokjes/flitsen/ kleuren (aura)? Nee Ja, omschrijf wat je ziet

Is er een bepaalde aanleiding (uitlokkende factor) voor de hoofdpijn zoals drukte, vermoeidheid, slaapttekort, inspanning, sporten, school, tv kijken, computeren, spanning? Omschrijf _____

Heb je op bepaalde dagen meer last van hoofdpijn? (schooldagen / in het weekend / het maakt niet uit) _____

Heb je op bepaalde momenten van de dag meer last van hoofdpijn? Nee

Ja, namelijk _____

Heb je gedurende de vakanties ook last van hoofdpijn? Nee Ja (minder dan normaal) Ja (het is onveranderd)

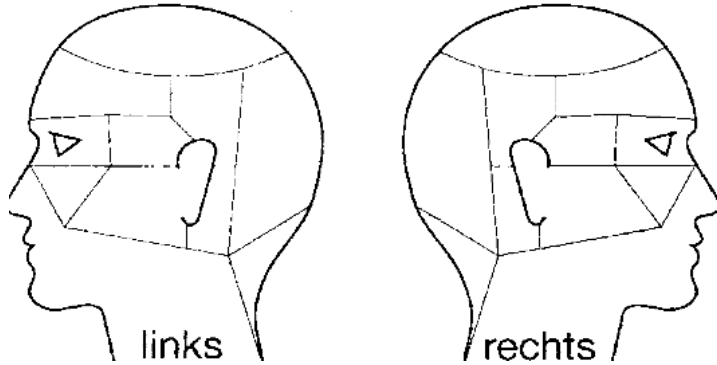
Is er een bepaalde reden dat je hoofdpijnklachten zijn begonnen (gevallen, gestoten, na een periode van griep / verkoudheid)? _____

Hoe vaak heb je hoofdpijn? _____ dagen per week
_____ dagen per maand

Hoe lang duurt je hoofdpijn gemiddeld? (geef aan in minuten, uren of dagen)

Krijg je hoofdpijn op een bepaalde tijd of bij bepaalde omstandigheden? Nee

Ja _____



(aub aankruisen op de tekening)

Wat voor soort pijn is het? Bonkend / zeurend / kloppend / stekend / anders, namelijk

Hoe erg is de pijn over het algemeen? Geef een cijfer van 0 tot 10: 0 is geen pijn, 10 is niet om uit te houden zoveel pijn.

Minimale pijnscore _____

Maximaal pijnscore _____

Als je hoofdpijn hebt

- | | | |
|--|-----|----|
| - kan je dan tegen het licht | Nee | Ja |
| - kan je dan tegen geluiden | Nee | Ja |
| - ben je dan misselijk | Nee | Ja |
| - moet je dan spugen | Nee | Ja |
| - zie je dubbel | Nee | Ja |
| - kan je moeilijk in evenwicht blijven | Nee | Ja |
| - kan je een arm / been niet bewegen | Nee | Ja |

Wat doe je tijdens de hoofdpijn? _____

Wat verergert de hoofdpijn? (bijv. spelen, bewegen sporten) _____

Is er "iets" wat je kan doen waardoor de hoofdpijn minder wordt? Zoals slapen op de bank liggen tv kijken lezen computeren medicijnen (pijnstillers) anders, namelijk _____

Heb je schoolverzuim door de hoofdpijnklachten? Nee Ja, geef aan hoeveel dagen gemiddeld per maand je niet naar school toe kan _____

Hoe gaat het op school sinds de hoofdpijnklachten begonnen zijn?



Drink je koffie, ice-tea, cola, energie-drink? Nee Ja, geef aan wat je drinkt en
hoeveel glazen/blikje per dag of per week je drinkt: _____

Doe je aan sport en/of ontspanning (hobby)? _____

Speel je buiten of ben je regelmatig buiten? _____

Hoeveel uur kijk je gemiddeld tv op een dag? _____

Hoeveel uur computer/ipad je gemiddeld op een dag
Schoolwerk/huiswerk _____ Vrije tijd gebruik (bv gamen) _____

Hoeveel uur mobiel gebruik per dag? _____

Hoe gaat het met slapen? (lig je lang wakker, ben je vaak wakker, droom je veel)

Hoe laat gaan je naar bed? _____

Wat denk je zelf dat de reden van de hoofdpijn is?

**Maak een tekening van je hoofdpijn of wat je ziet tijdens de hoofdpijn in de
ruimte hieronder**

Vragen voor de ouder / verzorger:

Zijn er ingrijpende gebeurtenissen geweest de afgelopen perioden (bv scheiding, verhuizing, incidenten thuis of op school)?

Heeft u bij uw kind gedragsverandering of persoonlijkheidsverandering gezien sinds de hoofdpijnklachten begonnen zijn? Nee Ja, omschrijf

Zijn er verschijnselen (bv gedragsverandering, etc) die kort aan de aanval voorafgaan? Nee Ja, omschrijf

Ziet u iets aan uw kind als het hoofdpijn heeft? (bleek / witjes / een donkere kleur rond de ogen) Nee Ja, namelijk

Zijn er voor zover u weet problemen op school? Kan uw kind de stof / het niveau goed aan? _____

Zijn de schoolresultaten van uw kind achteruit gegaan sinds de hoofdpijnklachten begonnen zijn? Nee Ja, omschrijf

Wordt uw kind 's ochtends wakker *met* hoofdpijn? Nee Ja

Wordt uw kind 's nachts wakker *door* hoofdpijn Nee Ja

Is er in het verleden ooit een "ernstig" letsel van het hoofd geweest – vóór aanvang van de hoofdpijn? (bijv. een trauma) Nee Ja

Welke onderzoeken zijn gedaan ivm hoofdpijn?

Welke medicatie is geprobeerd/ wordt gebruikt?

Zijn er mensen in de familie met migraine of een andere vorm van hoofdpijn? Nee Ja _____

Wat denkt u zelf dat de reden van de hoofdpijn bij uw kind zou kunnen zijn?
