

Naam patiënt: _____

Geboortedatum: _____

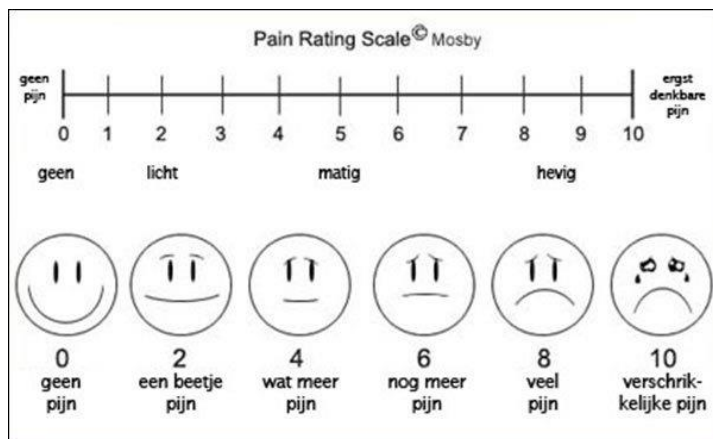
Deze dagboek graag zorgvuldig invullen en bijhouden tot aan de afspraak bij de kinderarts.

Richtlijnen bij het invullen van de hoofdpijndagboek:

Dagdeel: O = ochtend, M = Middag, A = Avond

Intensiteit: geef een punt van 0 tot 10.

- 0 = GEEN klachten.
- 2 = Ik ben alleen bewust van de hoofdpijn als ik eraan denk.
- 4 = Ik kan de hoofdpijn wel negeren.
- 6 = Ik kan de hoofdpijn niet altijd negeren, maar kan wel normaal doorgaan met mijn activiteiten zoals spelen, naar school gaan, etc.
- 8 = Het is moeilijk te concentreren door de hoofdpijn, ik kan alleen lichte taakjes/activiteiten doen.
- 10 = Extreme hoofdpijn dat ik NIETS kan, ook geen tv kijken, lezen, computeren.



Medicatie en effect: Welke medicatie is er gegeven, hoeveel medicatie is er gegeven en heeft het geholpen?

Slapen: Hoe ging het slapen de nacht voor de hoofdpijn? Hoe laat naar bed, onrustig geslapen, etc.

Activiteit vóór aanvang van de hoofdpijn: waarmee was het kind bezig vóóordat de hoofdpijn begon (tv, computeren, school, sporten, etc)?

Duur van de hoofdpijn: hoe lang duurde de hoofdpijn?

Activiteiten tijdens de hoofdpijn: kon het kind nog wel iets doen tijdens de hoofdpijn zoals buiten spelen, lezen, tv kijken, etc?

Opmerking: bijkomende symptomen, mogelijke oorzaak, andere klachten die van toepassing zijn op de hoofdpijn (bv. sporten/bepaald eten/menstruatie/anticonceptiepil/etc)

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Weeknummer:

	Dag-deel	Intensiteit (Punt uit 10)	Medicatie en effect	Hoe ging slapen van te voren?	Activiteit vóór aanvang hoofdpijn	Duur van hoofdpijn en activiteiten tijdens HP
Maandag dd	O					
	M					
	A					
<u>*Opmerking:</u>						
Dinsdag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						
Woensdag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						
Donderdag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						
Vrijdag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						
Zaterdag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						
Zondag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Weeknummer:

	Dag-deel	Intensiteit (Punt uit 10)	Medicatie en effect	Hoe ging slapen van te voren?	Activiteit vóór aanvang hoofdpijn	Duur van hoofdpijn en activiteiten tijdens HP
Maandag dd	O					
	M					
	A					
<u>*Opmerking:</u>						
Dinsdag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						
Woensdag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						
Donderdag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						
Vrijdag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						
Zaterdag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						
Zondag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Weeknummer:

	Dag-deel	Intensiteit (Punt uit 10)	Medicatie en effect	Hoe ging slapen van te voren?	Activiteit vóór aanvang hoofdpijn	Duur van hoofdpijn en activiteiten tijdens HP
Maandag dd	O					
	M					
	A					
<u>*Opmerking:</u>						
Dinsdag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						
Woensdag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						
Donderdag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						
Vrijdag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						
Zaterdag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						
Zondag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Weeknummer:

	Dag-deel	Intensiteit (Punt uit 10)	Medicatie en effect	Hoe ging slapen van te voren?	Activiteit vóór aanvang hoofdpijn	Duur van hoofdpijn en activiteiten tijdens HP
Maandag dd	O					
	M					
	A					
<u>*Opmerking:</u>						
Dinsdag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						
Woensdag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						
Donderdag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						
Vrijdag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						
Zaterdag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						
Zondag dd	O					
	M					
	A					
<u>Opmerking:</u>						