



Huvudvärkskalender

MIGRÄNMÖNSTRET.SE

Namn: _____ År: _____

A	B	C
D	E	F

Markera de dagar du har huvudvärk. Huvudvärkstyp anger du med kryss eller ring och med siffra hur starkt anfallet är. Notera i rutan vilka mediciner du tar och skriv sedan bokstaven i kalendern

Anfallskuperande läkemedel såsom triptaner, paracetamol, ibuprofen etc.

	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

X = Migrän

O = Annan huvudvärk

1 = Lätt
Hämmer inte arbete eller annan aktivitet

2 = Medel
Hämmer, men förhindrar inte arbete eller aktiviteter

3 = Svår
Förhindrar arbete eller aktiviteter