

Tentativ diagnose

- | | | |
|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tensjonshodepine | <input type="checkbox"/> Migrene | <input type="checkbox"/> Clusterhodepine |
| <input type="checkbox"/> Trigeminus nevralgi | <input type="checkbox"/> MOH | <input type="checkbox"/> Uspesifisert Hodepine |
| <input type="checkbox"/> Annet spesifisert hodepinesyndrom: | | |

Er diagnosen vurdert oppimot ICHD-3 diagnosekriterier: Ja Nei

Årsak til henvisning

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Diagnostikk/ utredning (behov for nærmere avklaring av hodepine type) |
| <input type="checkbox"/> | Rådføring til videre tiltak/behandling i primær helsetjenesten |
| <input type="checkbox"/> | Behandling (behov for videre behandling i spesialisthelsetjenesten) |
| <input type="checkbox"/> | Annet: |

Bakgrunn *(Kort om hvem pasienten er)*

- Psykososial aspekt – *bor pasienten sammen med noen? Omsorg for barn?*
- Grad av funksjon – *er pasienten oppgående og selvhjulpen?*
- Arbeidssituasjon – *Jobb/AAP/uføretrygdet?*
- Tidligere sykdommer/komorbiditet

Aktuell problemstilling

- *Debut av hodepine plager.*
- *Progresjon/utvikling fram til det aktuelle.*

Anfallsanamnese: ønskelig med separat beskrivelse av hver hodepinetype (dersom flere typer)

- *Utløsende faktorer*
- *Varighet (dersom anfallsvis hvor lenge varer anfallene)*
- *Lokalisasjon*
- *Smertekarakter*
- *Intensitet (nRS)*
- *- Frekvens*
- *Ledsagende symptomer (kvalme, oppkast, foto/fonofobi, autonome fenomener)*
- *Bruk og effekt av anfallsmedisin*

Fører pasienten hodepinedagbok Ja Nei

<i>Måned</i>	<i>Milde</i>	<i>Moderate</i>	<i>Sterke</i>	<i>Dager med anfallsmedisiner</i>

Medikamenter (gjelder alle type medikamenter)

- Nåværende faste medikamenter
- Nåværende ved behovs medikamenter

Forebyggende medikamenter (rettet mot hodepine) tidligere forsøkt

Type	Varighet	Dosering	Respons	Årsak til seponering

Anfallskuperende medikamenter (rettet mot hodepine) tidligere forsøkt

Type	Varighet	Dosering	Respons	Årsak til seponering

Er pasienten informert om MOH ?

Ja

Nei

Er medikament sanering gjennomført (hos de med mistanke om MOH)?

Ja

Nei

Ikke aktuelt (ikke mistanke om MOH)

Utredning

Vitale parameter: BT ____ Puls ____ EKG: _____

- 24t BT måling (der dette har vært utført): _____

Biokjemiske prøver:

Ja

Nei

- avvik: _____

Generell undersøkelse:

Ja

Nei

- avvik: _____

Nevrologisk undersøkelse:

Ja

Nei

- avvik: _____

Undersøkelse av syn hos optiker/øyelege:

Ja

Nei

Bildedagnostikk

Type undersøkelse	Dato	Lokalisasjon (utført hvor)	Resultat

Er pasienten henvist til videre bildediagnostikk

Ja

Nei

ANNET/ØVRIG INFORMASJON