

Nimi: _____ Syntymäaika: _____

Milloin päänsärky alkoi? Päivämäärä Milloin alkoi? Milloin loppui?	____/____/____ klo: _____ - klo: _____ klo: _____	____/____/____ klo: _____ - klo: _____ klo: _____	____/____/____ klo: _____ - klo: _____ klo: _____	____/____/____ klo: _____ - klo: _____ klo: _____	____/____/____ klo: _____ - klo: _____ klo: _____	____/____/____ klo: _____ - klo: _____ klo: _____	____/____/____ klo: _____ - klo: _____ klo: _____
Ennakko-oireet Väsymys, haukottelut Mielialan vaihtelut Mielihalut tms. Muuta, mitä?	☐ ☐ ☐ _____	☐ ☐ ☐ _____	☐ ☐ ☐ _____	☐ ☐ ☐ _____	☐ ☐ ☐ _____	☐ ☐ ☐ _____	☐ ☐ ☐ _____
Päänsäryn voimakkuus* Lievä Kohtalainen Voimakas Erittäin voimakas	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
Päänsäryn yhteydessä? Näköhäiriöitä Puhehäiriöitä Ymmärtämisen häiriöitä Tunto-oireita** Pahoinvointia Oksentelua Valonarkuutta Kuuloherkkyys	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Hoito Lepo Jokin muu, mikä? Lääke/annos Vaikutus, auttoiko?	☐ _____ _____ _____ _____	☐ _____ _____ _____ _____	☐ _____ _____ _____ _____	☐ _____ _____ _____ _____	☐ _____ _____ _____ _____	☐ _____ _____ _____ _____	☐ _____ _____ _____ _____
Altistavat tekijät Esim. unen vähyys, jännitys, stressi, epäsäännölliset ruokailut							
Muuta mainittavaa							

Päänsäryn voimakkuusasteet:*lievä** = tuntuu, mutta ei haittaa**kohtalainen** = haittaa, mutta ei estä leikkimästä/harrastamista tai olemasta koulussa/töissä**voimakas** = ei pysty leikkimään/harrastamaan tai olemaan koulussa/töissä**erittäin voimakas** = pakko mennä lepäämään****Tunto-oireita:** puutumista, pistelyä raajoissa tai kasvoissa