

Päänsärkypäiväkirja

Särkypäiväkirjan täyttäminen

Päivämäärä: Päivä, jolloin sinulla on päänsärkyä.

Kellonaika: Kellonaika, jolloin päänsärky alkoi.

Kuvaile kipua: Kuvaile kivun tuntemuksia omin sanoin. Muista tehdä muistiinpanoja myös siitä, missä kipu tuntuu (oikea tai vasen puoli, hartiat, niska jne.).

Kesto: Kuinka kauan kipu kesti?

Päänsärryn voimakkuus: Kuinka voimakkaalta kipu tuntui? (0 = ei kipua, 10 = kestämatön kipu)

Syönyt ja juonut säännöllisesti: Kirjoita tähän, söitkö ja joitko säännöllisesti koko päivän ajan.

Yöuni: Nukuitko tarpeeksi?

Stressi: Oletko stressaantunut? Onko työsi stressaavaa?

Hyvä työasento: Pyritkö huolehtimaan siitä, että työskentele-lyasentosi (istuminen tai seisominen) on asianmukainen?

Lääkitys: Oletko lääkinnyt päänsärkyä särkylääkkeillä? Jos olet käyttänyt lääkkeitä, kirjoita tähän, mitä lääkkeitä olet käyttänyt.

Annos (lukumäärä/mg): Kirjoita tähän, kuinka monta tablettia olet päivän aikana nauttinut ja kuinka vahvoja tabletit olivat.

Vaikutus ja haittavaikutukset: Kirjoita tähän särkylääkityksen teho ja mahdolliset haittavaikutukset.

Lääkeluettelo

Koska kärsit kivuista, on erittäin suositeltavaa, että laadit yleiskatsauksen kaikista nauttimistasi lääkkeistä – myös sellaisista, joilla ei ole mitään tekemistä päänsäryn kanssa. Kirjoita seuraavaan luetteloon kaikki lääkkeet, joita parhaillaan käytät. Voit tehdä tämän myös yhdessä lääkärin kanssa. Kirjoita luetteloon reseptilääkkeet ja reseptivapaat itsehoitovalmisteet.

Lääke	Päivittäinen annos (lukumäärä/mg)	Määrännyt (lääkäri/apteekki)

Omia muistiinpanoja / lääkärin kommentteja

Päivämäärä	Kellon-aika	Kuvaile kipua	Kesto	Päänsäryn voimakkuus (0-10)	Syönyt ja juonut säännöllisesti?	Yöuni?	Stressi?	Hyvä työasento?	Lääkitys	Annos (lukumäärä/mg)	Vaikutus/haittavaikutukset
					Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>			
					Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>			
					Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>			
					Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>			
					Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>			
					Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>			

