

EHKÄISYN HOITOPOLKU

Suomen Nuorisolääkärit ry

PÄÄNSÄRKYPÄIVÄKIRJA

NIMI: _____

HENKILÖTUNNUS: _____

	kyllä	ei	en osaa sanoa
Narskuttelen hampaitani Onko öisin käytössä purentakisko?			
Minulle on tehty joskus pään kuvantamistutkimus (tietokonekuva/magneettikuva) Missä, milloin, mitä todettiin?			
Päänsärkyäni on tutkittu aiemmin Missä, milloin, mitä todettiin?			
Pohdiskele myös seuraavia teemoja. Onko näillä tekijöillä yhteyttä päänsärkyihin?			
Unirytm Ruokailurytm Liikuntatottumukset			
Vietän päivässä keskimäärin tietokoneen/tv:n/puhelimen ääressä aikaa noin	tuntia		
Viimeisin näöntarkastus			
Viimeisin hammaslääkärin tai hammashoitajan tarkastus			
Kuinka usein juot alkoholia? <input type="checkbox"/> En koskaan <input type="checkbox"/> n. 1 krt/kk tai harvemmin <input type="checkbox"/> 2-4 krt/kk <input type="checkbox"/> 2-3 krt/vk <input type="checkbox"/> 4 krt/vk tai useammin			
<input type="checkbox"/> En tupakoi <input type="checkbox"/> Tupakoin	savuketta / pv		
Mitä lääkkeitä olet käyttänyt päänsärlyn hoitoon (nimi, vahvuus, annos) ja oliko lääkkeestä apua?			
Muu säännöllinen lääkehoito (mainitse myös, jos käytössä hormonaalinen ehkäisyvalmiste)			
Pituus _____ Paino _____			
Muita huomioita päänsärkyihin liittyen:			