

## MDX kérdőív fejfájásban szenvedő betegek számára

Hány éves? ..... év

Hány éve vannak fejfájásai? ..... év

Az elmúlt hónapban kb. hány napon volt fejfájása? ..... napon

Az elmúlt hónapban kb. hány napon vett be fájdalomcsillapítót a fejfájás miatt? ..... napon

1. Az elmúlt 3 hónapban a fejfájás legalább egy napon zavarta önt teendőinek (munka, tanulás, vagy bármely más egyéb elfoglaltság) elvégzésében?

igen  nem

2. A fejfájást lehajlás vagy mozgás felerősíti?

igen  nem

3. A fejfájás alatt, ha teheti, lefekszik?

igen  nem

4. Szokott olyan fejfájása lenni, amit a bevett gyógyszerek nem tudnak megszüntetni?

igen  nem

5. A fejfájás alatt tapasztalható-e az alábbi tünetek közül valamelyik?

	igen	nem
émelygés vagy hányinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hányás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erős fények zavaróak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erősebb zajok zavaróak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
illatok zavaróak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Fejfájásnapló

Hónap:	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	
Fájdalom erőssége *																																
Fájdalom jellege**																																
Hányinger vagy hányás***																																
Fényérzékenység***																																
Hangérzékenység***																																
Mozgásra romlik a fájdalom?***																																
Bevett gyógyszer neve, adagja ****																																
(itt sz.e. folytathatja a gyógyszerek leírását)																																
Összesen hány órán át volt fejfájása?																																

Hónap:	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	
Fájdalom erőssége *																																
Fájdalom jellege**																																
Hányinger vagy hányás***																																
Fényérzékenység***																																
Hangérzékenység***																																
Mozgásra romlik a fájdalom?***																																
Bevett gyógyszer neve, adagja ****																																
(itt sz.e. folytathatja a gyógyszerek leírását)																																
Összesen hány órán át volt fejfájása?																																

Hónap:	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	
Fájdalom erőssége *																																
Fájdalom jellege**																																
Hányinger vagy hányás***																																
Fényérzékenység***																																
Hangérzékenység***																																
Mozgásra romlik a fájdalom?***																																
Bevett gyógyszer neve, adagja ****																																
(itt sz.e. folytathatja a gyógyszerek leírását)																																
Összesen hány órán át volt fejfájása?																																

\*1=enyhe (munkát nem zavarja); 2=közepes (munkát zavarja); 3=erős (munkát gátolja)

\*\*N=nyomó; G=görcsös; L=lüktető; H=hasító; F=feszítő; E=egyéb

\*\*\* + jelet tegyen, ha a fejfájás mellett ezt is észlelte, ill. - jelet, ha nem

\*\*\*\* Kérjük, írja be az Ön által bevett gyógyszer mennyiségét számmal ( pl. 2 tableta/adag bevételekor: 2) és a gyógyszer nevének első 3 betűjét.

