

Suomen Migreeniyhdistyksen Lasten päänsärky -projekti

PÄÄNSÄRKYPOTILAAN ESITIETO- JA HOITOSUUNNITELMALOMAKKEISTO

s.1/3

Paikka:	Pvm:
Haastattelija:	Puhelin:

Henkilötiedot

Nimi:	Syntymäaika:	Ikä:
Osoite:	Postinumero:	
Huoltaja:	Puhelin:	
Osoite, jos eri:	Työpuhelin:	

Taustatiedot

Paino: kg	Pituus: cm	Py: cm	P:	RR:
Näkö:	Tutkittu			
Purenta:				
Ryhti:				
Allergiat:				
Sairaudet:				
Lääkitykset:				
Oliko pienempänä koliikkia? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	Pulauttelua/ oksentelua? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>			
Onko taipumusta matkapahoinvointiin? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>				

Elämäntavat

Nukkuminen: yleensä tuntia/vrk	Uni: rauhallista <input type="checkbox"/> levotonta <input type="checkbox"/>		
Herää itse klo: Herätetään klo:	Herätessä: virkeä <input type="checkbox"/> väsynyt <input type="checkbox"/> ärtyinen <input type="checkbox"/>		
Ruokahalu yleensä: hyvä <input type="checkbox"/> huono <input type="checkbox"/>	Ruokavalio: monipuolinen <input type="checkbox"/> yksipuolinen <input type="checkbox"/>		
Yleensä syö – aamupalaksi:			
– lounaaksi:			
– välipalaksi:			
– päivälliseksi:			
– iltapalaksi:			
Makeisia: x viikossa	Virvoitusjuomia: x viikossa	Perunalastuja tms: x viikossa	
Päivän aikana juo n.: Vettä: dl	Mehua: dl	Limsaa: dl	Kahvia: dl
Päihteiden käyttö/kokeilu: tupakointi <input type="checkbox"/> nuuska <input type="checkbox"/> alkoholi <input type="checkbox"/> lääkkeet <input type="checkbox"/> huumeet <input type="checkbox"/>			
Liikunta mieluista? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>	Montako tuntia päivässä? h ja viikossa n. h		
Koulumatkan pituus: km, jonka kulkee yleensä: kävellen <input type="checkbox"/> pyörällä <input type="checkbox"/> autolla tms. <input type="checkbox"/>			
Harrastaa säännöllisesti:			
Muita harrastuksia:			
Televisiota lapsi/ nuori katsoo n. tuntia päivässä,	tuntia viikossa		
Mieluiten katsoo:			
Tietokoneella viettää aikaa n. tuntia päivässä,	tuntia viikossa		
Play Stationia tai muita pelejä pelaa n. tuntia päivässä	tuntia viikossa		
Kerhossa/ päiväkodissa/ koulussa käynti yleensä mieluista? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>			
Jos ei, niin miksi?			
Onko merkkejä kiusatuksi tulemisesta? ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> , mitä?			
Onko helppo tutustua ja ystävystyä? kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>			
Montako hyvää ystävää?			
Mieliala yleensä: hyväntuulinen <input type="checkbox"/> vaihteleva <input type="checkbox"/> ärtynyt <input type="checkbox"/>			
Perhetilanne:			
Onko lähiaikoina jokin muuttunut? ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> , mikä?			

PÄÄNSÄRKYPOTILAAN ESITIETO- JA HOITOSUUNNITELMALOMAKKEISTO





s.2/3

Nimi:	Pvm:
Haastattelija:	

Päänsärkyanamneesi

Ensimmäiset oireilut alkoivat:			
Päänsärkyjen tiheys:	Päänsärlyn kesto,	tuntia	päivää

Päänsärky

Tuntuu toispuoleisena <input type="checkbox"/> missä?:	ympäri pään <input type="checkbox"/>		
Tuntuu jyskyttävän, sykkivän <input type="checkbox"/>	tasaisena <input type="checkbox"/>		
Alkaa äkillisesti <input type="checkbox"/>	pikku hiljaa <input type="checkbox"/>		
Särky on yleensä: lievä <input type="checkbox"/> kohtalaista <input type="checkbox"/> voimakasta <input type="checkbox"/> erittäin voimakasta <input type="checkbox"/>			
 = lievä	 = kohtalaista	 = voimakasta	 = erittäin voimakasta
Haittaa ja häiritsee normaalia elämää: paljon <input type="checkbox"/> jonkin verran <input type="checkbox"/> vain vähän <input type="checkbox"/>			

Päänsärkyyn liittyy yleensä

pahoinvointia <input type="checkbox"/> oksentelua <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
valonarkuutta <input type="checkbox"/> hajuerkkyyttä <input type="checkbox"/> meluerkkyyttä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>
Liikkuminen ja fyysinen rasitus pahentaa särkyä: kyllä <input type="checkbox"/>	ei <input type="checkbox"/>

Päänsärkyä edeltää

näköhäiriöitä <input type="checkbox"/> millaisia?
tuntohäiriöitä, pistelyä <input type="checkbox"/> poissaolevuutta <input type="checkbox"/> puheentuottamisen vaikeutta <input type="checkbox"/>
huimausta <input type="checkbox"/> väsyneisyyttä <input type="checkbox"/> uneliaisuutta <input type="checkbox"/> haukottelua <input type="checkbox"/>

Päänsärlyn aiheuttajana

on huomattu olevan

saattaa olla

ei ole

	on huomattu olevan	saattaa olla	ei ole
nälkä, epäsäännöllinen syöminen			
jano, vähäinen juominen, hikoilu			
muutamat ruoka-aineet, mitkä?			
väsymys			
jännitys/pelko/mielipaha			
kiire/stressi			
fyysinen rasitus			
kirkkaat valot, häikäisy			
TV, tietokone			
hajut			
melu, hälinä			
Joku muu, mikä?			

Päänsärky helpottaa kun

menee lepäämään <input type="checkbox"/> nukahtaa <input type="checkbox"/> ulkoilee <input type="checkbox"/> ja/tai liikkuu <input type="checkbox"/>	
on hämärässä <input type="checkbox"/> on viileässä <input type="checkbox"/> on lämpimässä <input type="checkbox"/>	
Lääke auttaa: aina <input type="checkbox"/> useimmiten <input type="checkbox"/> harvoin <input type="checkbox"/> ei käytetä <input type="checkbox"/>	
Yleisimmin käytetty lääke:	annos:
Joskus käytetty lääke:	annos:
Muita konsteja:	
Suvussa esiintyy migreeniä: ei <input type="checkbox"/> ei ole tiedossa <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/>	
kenellä/keillä?:	

PÄÄNSÄRKYPOTILAAN ESITIETO- JA HOITOSUUNNITELMALOMAKKEISTO

s.3/3

Nimi:	Pvm:
Haastattelija:	

Potilaan ja omaisten toiveet:

--

Haastattelijan kommentit:

--

Tutkimukset:

Ajankohta:

--	--

Hoito-ohjeet:

Annettu materiaali:

--	--

Reseptit lääkehoitoon:

Kirjoitettu:

Lähetteet:

Seuranta:

--

Hoitaja:
Lääkäri:
Omainen: