

Migrænespørgeskema<sup>®</sup>

Dato: \_\_\_\_\_

Efternavn: \_\_\_\_\_ Fornavn: \_\_\_\_\_ Fødselsdato: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postnr. og by: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_ Køn: M  K

Erhverv: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

1. Hvor gammel var du, da du fik dit første migræneanfald?
2. Ved du, hvad der forårsagede eller udløste anfaldet?
3. Er der andre i din familie, der har migræne? I så fald hvem?
4. Hvor mange dage om måneden har du "almindelig" hovedpine?
5. Hvor mange dage om måneden har du migræne?
6. Hvor lang tid varer dine migræneanfald i gennemsnit?  
 < 2 timer                       3-4 timer                       5-12 timer  
 12-24 timer                       > 24 timer                       > 1 uge

**7. Hvor smertefulde er dine migræneanfald?**

(På en skala fra 1-10, hvor 1 er ingen smerter, og 10 er uudholdelige smerter)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sæt kryds i alle de svarfelter, der passer på dig, under det næste spørgsmål.

**8. Hvor har du flest smerter, når du har migræne?**

	I højre side	I venstre side
<input type="checkbox"/> Bag mit øje		
<input type="checkbox"/> Over mit øjenbryn		
<input type="checkbox"/> I tindingen		
<input type="checkbox"/> I baghovedet		
<input type="checkbox"/> Giv et skøn over fordelingen (i %) på de to sider		

**9. Plejer du at mærke trykken eller smerter i næsen under et migræneanfald?**

Altid       Sommetider       Aldrig

**10. Har du bihuleproblemer, eller har du nogensinde haft det?**

Ja       Nej

**11. Er der nogen sammenhæng mellem din migræne og vejrforandringer?**

Altid       Sommetider       Aldrig

**12. Vågner du om natten på grund af migrænesmerter?**

Aldrig       Sommetider       Ofte       Altid

**13. Har du nogensinde haft et eller flere af følgende symptomer før eller under et migræneanfald?**

	<b>Før</b>	<b>Under</b>		<b>Før</b>	<b>Under</b>
Opkastning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtidig opkastning og diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lysoverfølsomhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarré (uden opkastning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Støjoverfølsomhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rindende øjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelsvaghed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtågethed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Øget svedafsondring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hævede øjenlåg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Talebesvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koncentrationsbesvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bevidsthedstab (besvimelse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelsesløshed i huden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Øget næseflåd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synsforstyrrelser (dobbeltsyn, lysglimt, zigzaglinjer, tågesyn eller andet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavt blodsukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Andre symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Er du mere smertefølsom før eller under et migræneanfald (allodyni)?**

De følgende spørgsmål vedrører de smerter, du har som del af din migræne.  
Sæt kryds ved alle de udsagn, der passer på dig:

- Mit hår "føles" smertefuldt
- Jeg er nødt til at lade mit hår hænge løst eller sætte det op (fjerne hårspænder, hårbånd osv.)
- Jeg bruger ikke længere curlere/udglattere til mit hår
- Sommetider ligger jeg i badekarret og lader mit hår flyde i vandet for at lindre min hovedpine lidt
- Jeg har været nødt til at klippe mit lange hår kort for at mindske vægten på min hovedbund
- Det gør ondt, når regn/vand fra bruseren/vand i øvrigt rammer mit hoved
- Det gør ondt at have noget på mit hoved (f.eks. en hat)
- Det er ubehageligt at have øjenskygge på
- Jeg kan ikke bruge hovedtelefoner under et migræneanfald
- Jeg synes, det er ubehageligt at have tæpper over mig under et migræneanfald
- Det gør ondt i mine fingre, når jeg rører ved helt almindelige ting
- Min smertefølsomhed er øget i løbet af de seneste år

**15. Hvad lindrer dine smerter under et migræneanfald?**

- |                                       |                                     |                                                 |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hvile        | <input type="checkbox"/> Mørke      | <input type="checkbox"/> Musik                  |
| <input type="checkbox"/> Opkastning   | <input type="checkbox"/> Fjernsyn   | <input type="checkbox"/> Massage                |
| <input type="checkbox"/> Sport/motion | <input type="checkbox"/> Varmt vand | <input type="checkbox"/> Læsning                |
| <input type="checkbox"/> Søvn         | <input type="checkbox"/> Koldt vand | <input type="checkbox"/> Smertestillende midler |

**16. Hvad udløser eller forværrer din migræne?**

- |                                                            |                                                        |                                                 |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Støj                              | <input type="checkbox"/> Vejrforandringer              | <input type="checkbox"/> Lys                    |
| <input type="checkbox"/> Fysisk anstrengelse               | <input type="checkbox"/> Lugte                         | <input type="checkbox"/> Stress                 |
| <input type="checkbox"/> Uregelmæssige eller sene måltider | <input type="checkbox"/> Træthed                       | <input type="checkbox"/> Hoste                  |
| <input type="checkbox"/> Bestemte fødevarer                | <input type="checkbox"/> For meget eller for lidt søvn | <input type="checkbox"/> Smertestillende midler |

**17. Hvis du er en kvinde, er/var din migræne så påvirket af følgende? I så fald på hvilken måde?**

- |                                                                      |       |
|----------------------------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Menstruation                                | _____ |
| <input type="checkbox"/> P-piller                                    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hormontabletter (f.eks. i overgangsalderen) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Graviditet                                  | _____ |

**18. Har du nogensinde været i medicinsk behandling for en hoved- eller halsskade?**

- |                              |                             |                                               |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Beskriv behandlingen |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------|

**19. Har du nogensinde lidt af følgende?**

- |                                        |                                     |                                                 |
|----------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Højt blodtryk | <input type="checkbox"/> Astma      | <input type="checkbox"/> Epilepsi               |
| <input type="checkbox"/> Hjertesygdom  | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Slagtilfælde           |
| <input type="checkbox"/> Mavesår       | <input type="checkbox"/> Allergi    | <input type="checkbox"/> Hudproblemer/-sygdomme |

**20. Er du nærsynet eller langsynet?**

- Ja, nærsynet  Ja, langsynet

**21. Bruger du**

- Briller  Hårde kontaktlinser  Bløde kontaktlinser

**22. Er du nogensinde blevet undersøgt og behandlet for migræne af en læge?**

- Ja, af en  praktiserende læge  ortopædkirurg  
 neurolog  andre (beskriv nærmere)  
 Nej

**23. Har du været gennem en eller flere af følgende undersøgelser på grund af migræne?**

- EEG (elektroencefalogram)  Blodundersøgelser  
 CT (computertomografi)  Røntgen  
 MRT (magnetresonanstomografi)  EKG (elektrokardiogram)  
 Andet:

**24. Hvad benytter du mest til behandling af din migræne?**

**Håndkøbsmedicin?**

Hvilke(n)?

---

---

---

**Receptpligtig medicin?**

Hvilke(n)?

---

---

---

Skriv hvor længe du har været i medicinsk behandling for migræne  
(hvor mange dage/måneder/år)

---

Hvor mange penge bruger du på medicin om måneden?

cirka \_\_\_\_\_ kr.

**25. Hjælper disse behandlinger?**

- Nej                       Lidt                       Sommetider                       Som regel                       Altid

**26. Hvor mange gange gik du til læge på grund af migræne sidste år?**

- Ingen                       1-4                       5-10                       > 10

**27. Hvor mange forskellige læger var du hos på grund af migræne sidste år?**

- Ingen                       1-3                       4-7                       8-10

**28. Gør du noget for at forhindre, at du får et migræneanfald?**

- Hører musik for at slappe af                       Motion                       Lokalt smertestillende midler (gel, creme osv.)  
 Muskelafspænding                       Alternativ behandling                       Medicinsk behandling

**29. Hvor mange dage var du fraværende fra dit arbejde på grund af migræne sidste år?**

- < 3 dage                       4-7 dage                       8-14 dage                       15-21 dage                       > 3 uger

**30. Var du nødt til at tage på skadestuen eller kontakte lægevagten på grund af migrænesmerter sidste år?**

- Nej                       Ja                       Hvor tit?

**31. Hvilke(n) af følgende behandlinger har du prøvet?**

- |                                             |                                       |                                     |
|---------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Homøopati          | <input type="checkbox"/> Migrænehætte | <input type="checkbox"/> Akupunktur |
| <input type="checkbox"/> Psykoterapi        | <input type="checkbox"/> Hypnose      | <input type="checkbox"/> Osteopati  |
| <input type="checkbox"/> Afspændingsøvelser | <input type="checkbox"/> Urtemedicin  | <input type="checkbox"/> Andet      |

Hvis en eller flere af ovennævnte metoder har hjulpet dig, så skriv hvor mange måneder bedringen varede:

**32. Har du nogensinde fået en indsprøjtning af botulinumtoksin type A (ofte markedsført som Botox) af kosmetiske årsager?**

- Nej                                       Ja                                       Hvor tit?

Sæt kryds ved det benyttede indsprøjtningsssted:

- |                                                               |                                                       |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mellem øjenbrynene<br>(vredesrynker) | <input type="checkbox"/> Øjenkrogene<br>(smilerynker) |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

**33. Her kan du skrive yderligere oplysninger om dine migrænesymptomer eller behandlingen af migrænen, som du mener kan være relevante:**

---

---

---

---

---

---

**34. Hvordan har du hørt om Migræne Kirurgisk Center København?**

- Avis / ugeblad                       Internettet                       Fjernsyn / radio                       Andre patienter

Andet: \_\_\_\_\_