

Beste heer, mevrouw,

Voor start van de studie vragen wij u een hoofdpijndagboek in te vullen.

U kunt per dag aangeven of u last heeft gehad van hoofdpijn (begintijd en eindtijd van de hoofdpijn), misselijkheid, braken, overgevoeligheid voor licht en geluid. Daarnaast kunt u aangeven of u gebruik heeft gemaakt van medicatie. Wij vragen u dit hoofdpijndagboek naar alle eerlijkheid in te vullen.

Graag bij hoofdpijn de ernst van de hoofdpijn aangeven met cijfers:

- 1 Milde hoofdpijn
- 2 Matige hoofdpijn
- 3 Hevige/ernstige hoofdpijn

Indien u niets invult gaan wij ervan uit dat u geen klachten heeft.

De aanwezigheid van misselijkheid, braken, overgevoelig voor licht en geluid kunt u aangeven met een +. Indien u niets invult gaan wij ervan uit dat u geen klachten heeft.

Met vriendelijke groet,

Het onderzoeksteam van de COOLHEAD3 studie

Patiënt ID: _____

WEEK 1 (datum: _____ - _____ - _____ t/m _____ - _____ - _____)

	Hoofdpijn* (aub cijfer invullen)	Begintijd	Eindtijd	Misselijkheid**	Braken**	Overgevoelig voor licht**	Overgevoelig voor geluid**	Medicatie gebruik
Dag 1								
Dag 2								
Dag 3								
Dag 4								
Dag 5								
Dag 6								
Dag 7								

*

- 1 Mild
- 2 Matig
- 3 Hevig/ernstig

Als u niets invult gaan wij ervan uit dat u geen klachten heeft.

**

+ = aanwezig

WEEK 2 (datum: _____ - _____ - _____ t/m _____ - _____ - _____)

	Hoofdpijn* (aub cijfer invullen)	Begintijd	Eindtijd	Misselijkheid**	Braken**	Overgevoelig voor licht**	Overgevoelig voor geluid**	Medicatie gebruik
Dag 1								
Dag 2								
Dag 3								
Dag 4								
Dag 5								
Dag 6								
Dag 7								

*

- 1 Mild
- 2 Matig
- 3 Hevig/ernstig

Als u niets invult gaan wij ervan uit dat u geen klachten heeft.

**

+ = aanwezig

WEEK 3 (datum: _____ - _____ - _____ t/m _____ - _____ - _____)

	Hoofdpijn* (aub cijfer invullen)	Begintijd	Eindtijd	Misselijkheid**	Braken**	Overgevoelig voor licht**	Overgevoelig voor geluid**	Medicatie gebruik
Dag 1								
Dag 2								
Dag 3								
Dag 4								
Dag 5								
Dag 6								
Dag 7								

*

- 1 Mild
- 2 Matig
- 3 Hevig/ernstig

Als u niets invult gaan wij ervan uit dat u geen klachten heeft.

**

+ = aanwezig

WEEK 4 (datum: _____ - _____ - _____ t/m _____ - _____ - _____)

	Hoofdpijn* (aub cijfer invullen)	Begintijd	Eindtijd	Misselijkheid**	Braken**	Overgevoelig voor licht**	Overgevoelig voor geluid**	Medicatie gebruik
Dag 1								
Dag 2								
Dag 3								
Dag 4								
Dag 5								
Dag 6								
Dag 7								

*

- 1 Mild
- 2 Matig
- 3 Hevig/ernstig

Als u niets invult gaan wij ervan uit dat u geen klachten heeft.

**

+ = aanwezig

WEEK 5 (datum: _____ - _____ - _____ t/m _____ - _____ - _____)

	Hoofdpijn* (aub cijfer invullen)	Begintijd	Eindtijd	Misselijkheid**	Braken**	Overgevoelig voor licht**	Overgevoelig voor geluid**	Medicatie gebruik
Dag 1								
Dag 2								
Dag 3								
Dag 4								
Dag 5								
Dag 6								
Dag 7								

*

- 1 Mild
- 2 Matig
- 3 Hevig/ernstig

Als u niets invult gaan wij ervan uit dat u geen klachten heeft.

**

+ = aanwezig

WEEK 6 (datum: _____ - _____ - _____ t/m _____ - _____ - _____)

	Hoofdpijn* (aub cijfer invullen)	Begintijd	Eindtijd	Misselijkheid**	Braken**	Overgevoelig voor licht**	Overgevoelig voor geluid**	Medicatie gebruik
Dag 1								
Dag 2								
Dag 3								
Dag 4								
Dag 5								
Dag 6								
Dag 7								

*

- 1 Mild
- 2 Matig
- 3 Hevig/ernstig

Als u niets invult gaan wij ervan uit dat u geen klachten heeft.

**

+ = aanwezig