

Min Logbog

Uge nr. _____

Bivirkninger/ symptomer

Dato							
Smerter Fra 1-10 (10 er værst)							
Søvn God - nogenlunde - dårlig							
Kvalme Ingen - lidt - meget For antal opkast sæt kryds							
Svimmelhed Ingen - lidt - meget							
Afføring Normal - tynd - hård For antal gange sæt x							
Hovedpine Smerter fra 1-10 (10 er værst)							
Træthed Fra 1-10 (10 er værst)							
Humør Fra 1-10 (10 er bedst)							

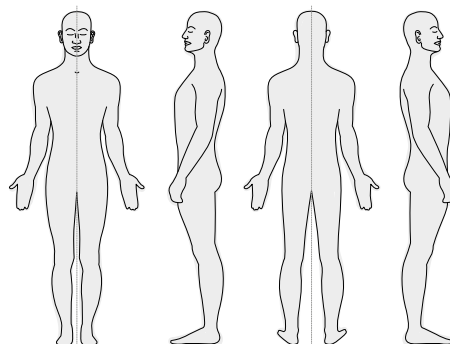
Kost og motion

Morgenmad							
Frokost							
Aftensmad							
Vand/dl							
Sukkerholdige drikke/dl							
Kaffe og te/kopper							
Alkohol, antal genstande							
Motion 1 time - ½ time - ingenting							
Motion, antal skridt							

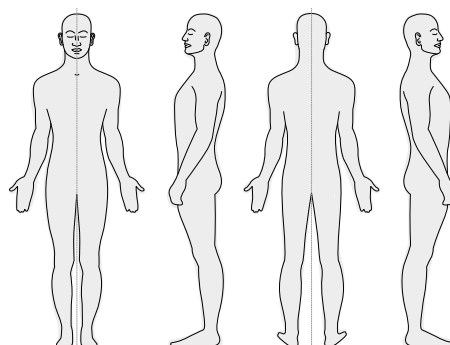
Smerter og bivirkninger dag for dag

Sæt ring om det sted, hvor du har symptomer eller bivirkning og beskriv den

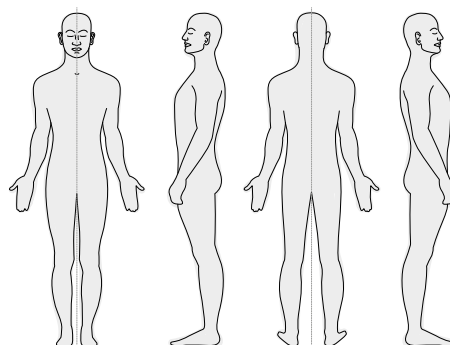
Dato:



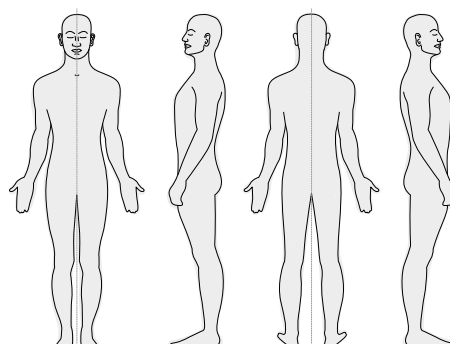
Dato:



Dato:



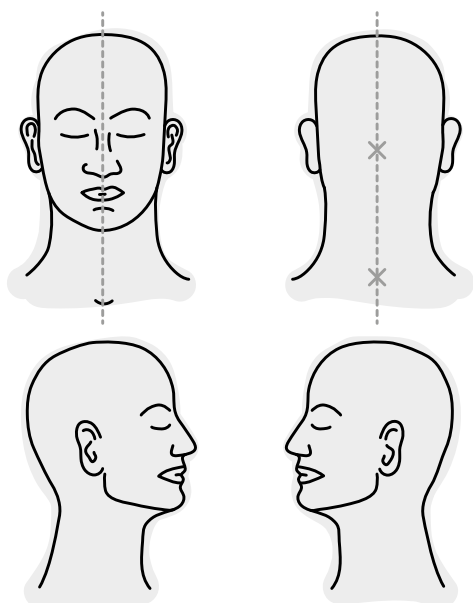
Dato:



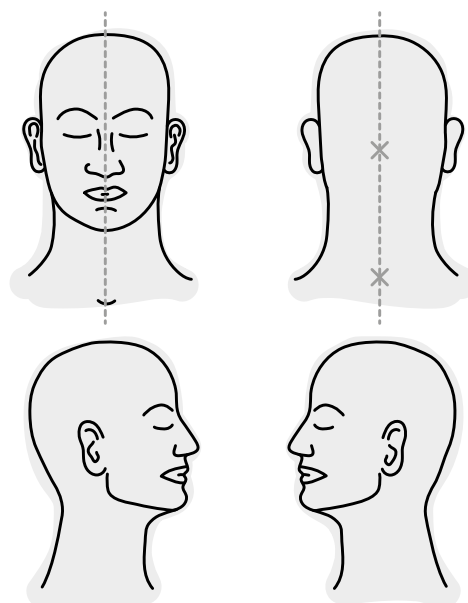
Min hovedpine dag for dag

Beskriv på en skala fra 1-10, hvor ondt hovedpinen gør:

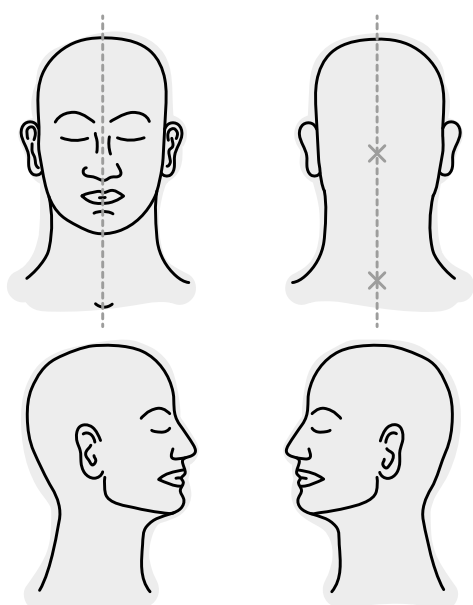
Dato:



Dato:



Dato:



Dato:

