

## HIT-6: Spørreskjema om hodepinens innvirkning på livet ditt

Dette skjemaet er laget for å hjelpe deg med å beskrive hvordan du har det, og hva hodepinen hindrer deg i å gjøre. Det består av spørsmål som skal besvares før timen og gjennomgås som en del av utredningen du skal ha sammen med din hodepinelege hos Dr.Dropin.

Kryss av på svaret du mener er rett for deg

Når du har hodepine, hvor ofte er smertene sterke?

Aldri     Sjelden     Noen ganger     Svært ofte     Alltid

Hvor ofte begrenser hodepinen dine vanlige gjøremål som skole, arbeid, husarbeid, sosial omgang?

Aldri     Sjelden     Noen ganger     Svært ofte     Alltid

Når du har hodepine, hvor ofte ønsker du at du kunne legge deg ned?

Aldri     Sjelden     Noen ganger     Svært ofte     Alltid

I de siste 4 ukene, hvor ofte har du følt deg for trett til å utføre arbeid eller daglige gjøremål på grunn av hodepine?

Aldri     Sjelden     Noen ganger     Svært ofte     Alltid

I de siste 4 ukene, hvor ofte har du følt deg lut lei eller irritert pga. hodepine?

Aldri     Sjelden     Noen ganger     Svært ofte     Alltid

I de siste 4 ukene, hvor ofte har hodepinen begrenset evnen din til å konsentrere deg om arbeidet eller daglige gjøremål?

Aldri     Sjelden     Noen ganger     Svært ofte     Alltid

Antall "Aldri"  
(6 poeng hver)

Antall "Sjelden"  
(8 poeng hver)

Antall "Noen ganger"  
(10 poeng hver)

Antall "Svært ofte"  
(11 poeng hver)

Antall "Alltid"  
(13 poeng hver)

Beregn samlet poengsum ved å multiplisere antallet ganger du har krysset av for hvert alternativ med poengsummen for alternativet, og legg sammen alle poengsummene.

Samlet poengsum =

*Jo høyere poengsum, jo større innvirkning har hodepinen på livet ditt (mellom 36-78 poeng er mulig å få)*

## HIT-6: Questionnaire about the headaches impact on your life

This form is designed to help you describe how you feel and what the headache prevents you from doing. It consists of questions that must be answered before the consultation and reviewed as part of the examination you will have together with your headache doctor at Dr. Dropin.

*Tick the answer you think is right for you*

---

**When you have a headache, how often is the pain severe?**

never     rarely     sometimes     very often     always

---

**How often does the headache limit your usual activities such as school, work, housework, socializing?**

never     rarely     sometimes     very often     always

---

**When you have a headache, how often do you wish you could lie down?**

never     rarely     sometimes     very often     always

---

**In the past 4 weeks, how often have you felt too tired to do work or daily activities because of your headaches?**

never     rarely     sometimes     very often     always

---

**In the past 4 weeks, how often have you felt fed up or irritated because of your headaches?**

never     rarely     sometimes     very often     always

---

**In the past 4 weeks, how often did headaches limit your ability to concentrate on work or daily activities?**

never     rarely     sometimes     very often     always

---



**Times "never"  
(6 points each)**

**Times "rarely"  
(8 points each)**

**Times "sometimes"  
(10 points each)**

**Times "very often"  
(11 points each)**

**Times "always" (6  
(13 points each)**

---

Calculate your total score by multiplying the number of times you ticked each option by the score for the option and adding all the scores together.

**Total score =**

*The higher the score, the more impact the headache has on your life (between 36-78 points are possible)*