

NOTFALL  
|  
ELTERNINFORMATION

# Kopfschmerzen



# Kopfschmerzen

Kopfschmerzen kommen bei Kinder und Jugendlichen häufig vor und können auf verschiedene Krankheiten hinweisen. Kinder können aber auch Migräne oder Spannungskopfschmerzen haben. Oft braucht es eine gewisse Zeit, bis man die Kopfschmerzen klassifizieren kann. Eine wesentliche Hilfe dabei ist das Kopfschmerzprotokoll.

## Das Kopfschmerzprotokoll

Es ist wichtig, dass dieses Kopfschmerzprotokoll während mindestens 3-4 Wochen geführt wird. Jugendliche und ältere Kinder können das selber tun (mit Hilfe der Eltern), für die kleineren Kinder sollten die Eltern dieses Protokoll ausfüllen. Nehmen Sie das Protokoll mit in die nächste Kontrolle bei Ihrem Kinder-/Hausarzt oder in die Spezialsprechstunde im Kinderspital.

## Schmerz-Skala

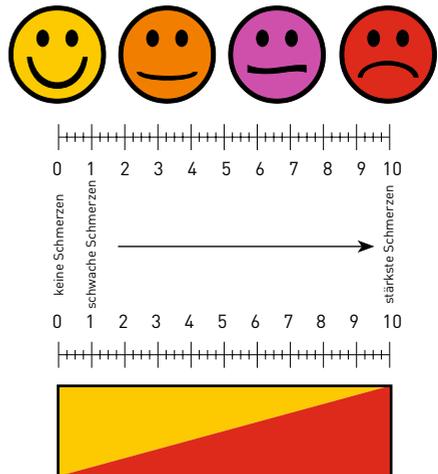
### Gesichter-Skala ab 4-jährig

Dem Kind wird nebenstehende Skala gezeigt mit vier horizontal angeordneten Gesichtern, die abgestuft von „keine Schmerzen“ bis zu „stärkste erdenkliche Schmerzen“ ausdrücken.

Unten kann ein entsprechender Zahlenwert abgelesen werden.

### Visuelle Analog-Skala ab 12-jährig

Das Schmerzmessinstrument zeigt eine horizontale Skala mit den Polen „keine Schmerzen“ und „stärkste Schmerzen“. Ihr Sohn oder Ihre Tochter schätzt mit einem geraden Gegenstand die momentan empfundene Schmerzstärke ein und liest oben den Wert zwischen 0 und 10 ab.



## Notfallstation Kinderspital Zürich

Kostenpflichtiges Beratungstelefon: 0900 266 71 1

## Wann müssen Sie sich vorzeitig wieder bei einem Arzt melden?

- Ihr Kind klagt neu über heftige Schmerzen, die es vorher noch nie hatte.
- Ihr Kind hat Fieber und die Kopfschmerzen werden im Nacken angegeben (bleiben bestehen, nachdem das Fieber gesenkt wurde). Gleichzeitig kann Ihr Kind sein Kinn nicht auf die Brust senken bzw. verspürt dabei Schmerzen im Nacken.
- Ihr Kind wacht in der Nacht auf wegen den Schmerzen.
- Ihr Kind muss jeden Morgen vor dem Frühstück oder/und tagsüber erbrechen.
- Ihr Kind hatte vor Kurzem eine Gehirnerschütterung und klagt nun neu über Kopfschmerzen.
- Ihr Kind hat Gangstörungen, fällt immer wieder hin oder/und ist zittrig.
- Ihr Kind klagt über Schwindelgefühl, das nicht verschwindet.
- Ihr Kind hat Sehstörungen (sieht z.B. doppelt).
- Ihr Kind hält den Kopf immer wieder oder permanent schief (zu einer Seite hin geneigt) und kann ihn nicht auf beide Seiten drehen.
- Die Kopfschmerzen Ihres Kindes werden an Intensität über Wochen/Monate immer stärker (bleiben also nicht gleich).
- Ihr Kind verhält sich ungewöhnlich.
- Sie machen sich sonst aus einem Grund Sorgen um Ihr Kind.

Monat:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Wochentag (z.B. Mo, Di, Mi, etc)																																
Schmerzstärke (0-10, 0=keine Schmerzen, 10=stärkste Schmerzen)																																
Begleitsymptome (ja/nein):																																
- Sehstörungen	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	
- Übelkeit/Erbrechen	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n
- Lichtempfindlichkeit	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n
- Lärmempfindlichkeit	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n
- anderes: _____	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n
Schmerzlokalisierung (Köpfe) z.B.  																																
Tageszeit des Auftretens und Dauer (Uhr), z.B. 	Nachmittag/ Abend  Nacht/ Vormittag 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	 	
Schulbesuch (ja/nein)	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	ja n	
Computer-/Fernsehkonsument (Stunden)																																
Medikament (Name/Dosierung)																																
_____																																
_____																																
Bemerkungen																																