

Kartlegging av smerter

Intensitet: Bruk numerisk skala (NRS)

0 -10 0 = ingen smerte

10 = verst tenkelige smerter

Smerter i ro

Ingen smerter 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelige smerter

Smerter i bevegelse

Ingen smerter 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelige smerter

Når startet smerten(e)? _____

Når forekommer smerten(e)

Enkelt tilfelle Kommer og går, ikke regelmessig Kommer tilbake regelmessig Konstant

Når er smerten(e) verst

Morgen Midt på dagen Kveld Natt Varierende

Har ny smerte tilkommet i løpet av siste uke? Ja Nei

Er det noe som lindrer smerten(e)? _____

Er det noe som forverrer smerten(e)? _____

Hvordan påvirker smertene dagliglivet ditt:

-forhold til fysisk aktivitet? _____

-forhold til andre (familie, venner, kollegaer)? _____

Har du plager/symptomer i forhold til:

matlyst Ja Nei Kommentar:

kvalme Ja Nei Kommentar:

forstoppelse Ja Nei Kommentar:

diare Ja Nei Kommentar:

søvn Ja Nei Kommentar:

Andre kommentarer:.....

.....

.....

.....

Utfylt av:.....