

Personnummer: _____

Namn: _____

Datum: _____

SMÄRTKARAKTÄRER 1 - 10

Skärande = 1

Molande = 2

Stickande = 3

Krampaktig = 4

Värkande = 5

Svidande = 6

Brännande = 7

Ömmande = 8

Strålände = 9

Huggande = 10

ÖVRIGT 11 - 15

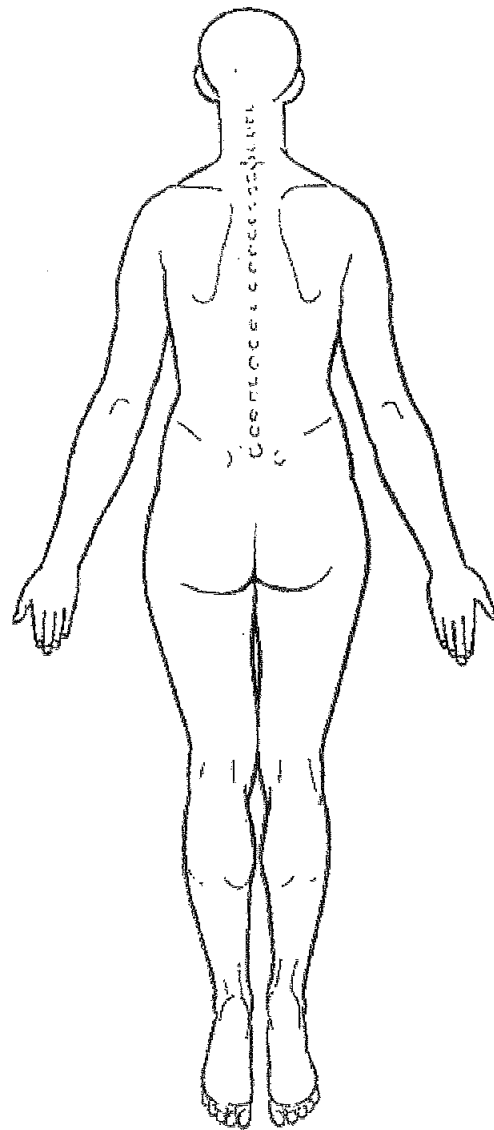
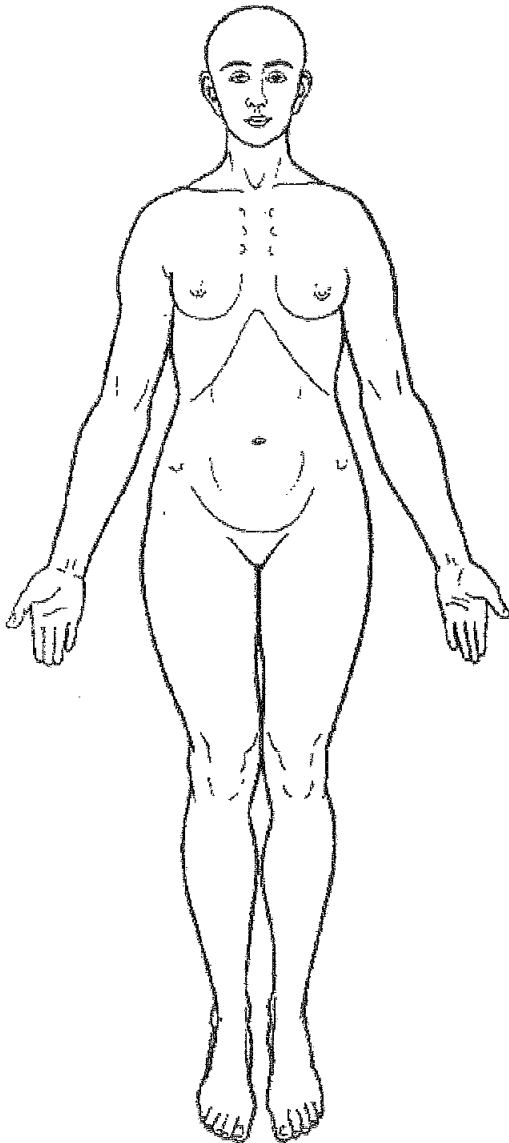
Domning = 11

Krypningar = 12

Stickande = 13

_____ = 14

_____ = 15





SÖDERSJUKHUSET
Anestesi och intensivvård
Smärtmottagningen

Personnummer: _____

Namn: _____

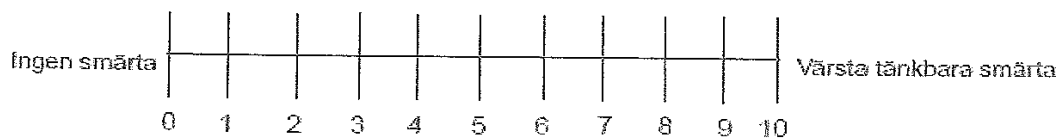
Datum: _____

Smärtan...	
Kommer och går <input type="checkbox"/>	_____
Är kontinuerlig <input type="checkbox"/>	_____

Är Din sömn påverkad av smärtan ja nej

SMÄRTSKATTNING NRS 0 - 10

Den nu aktuella smärtans intensitet (kraftfullhet) är just nu:



Den nu aktuella smärtans intensitet (kraftfullhet) när den är som värst:



Den nu aktuella smärtans intensitet (kraftfullhet) när den är som lindrigast:

