

**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**

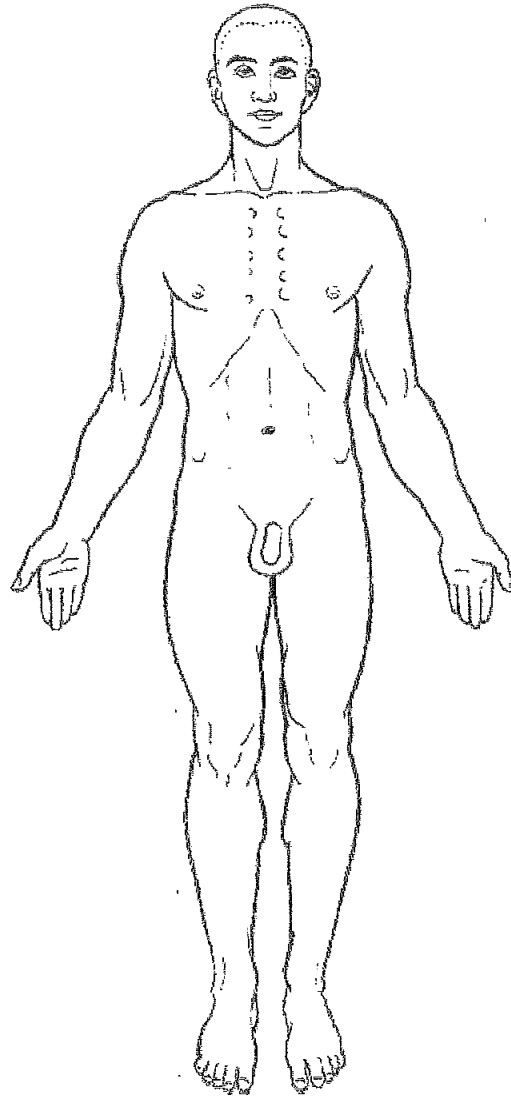
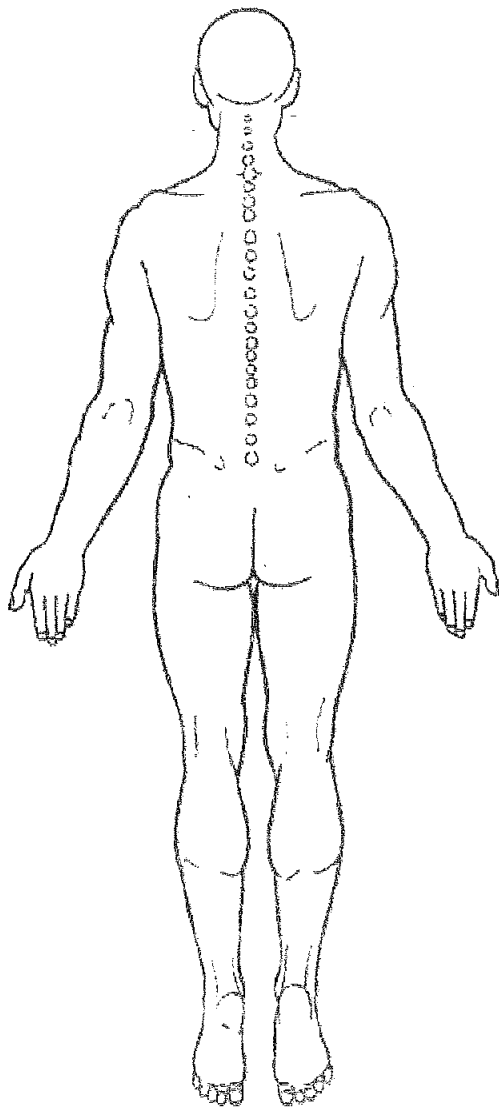
Domning = 11

Krypningar = 12

Stickande = 13

\_\_\_\_\_ = 14

\_\_\_\_\_ = 15





**SÖDERSJUKHUSET**  
Anestesi och intensivvård  
Smärtmottagningen

Personnummer: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

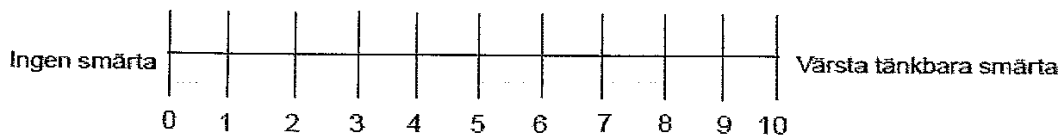
Datum: \_\_\_\_\_

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

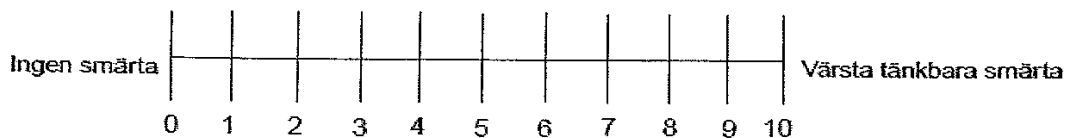
Är Din sömn påverkad av smärtan  ja  nej

**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:

