

Datum:

Sign:

Smärta i vila
Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Värsta tänkbara

Smärta vid aktivitet
Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Värsta tänkbara

Trötthet/matthet
Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Värsta tänkbara

Illamående
Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Värsta tänkbara

Andningsbesvär
Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Värsta tänkbara

Muntorrhet
Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Värsta tänkbara

Matleda
Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Värsta tänkbara

Förstoppning
Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Värsta tänkbara

Nattsömn
Bra 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Värsta tänkbara

Ängslan/oro/ångest
Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Värsta tänkbara

Nedstämdhet
/deprimerad Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Värsta tänkbara

Allt sammantaget
Hur mår du idag? Bra 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Värsta tänkbara

Detta är arbetsmaterial som kasseras efter vårdtilfället