

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*