

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 vårdtillfället