

| PASIENTSKJEMA - symptomer | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------|--|
| Symptomer. Vennligst sett ring rundt det tallet som beskriver best hvordan du har det NÅ: | | | | | | | | | | | | | |
| Ingen smerte | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Verst tenkelig smerte | |
| Ingen slapphet <i>(slapphet = mangel på krefter)</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Verst tenkelig slapphet | |
| Ingen døsighet <i>(døsighet = å føle seg søvnig)</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Verst tenkelig døsighet | |
| Ingen kvalme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Verst tenkelig kvalme | |
| Ikke nedsatt matlyst | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Verst tenkelig nedsatt matlyst | |
| Ingen tung pust | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Verst tenkelig tung pust | |
| Ingen depresjon <i>(depresjon = å føle seg nedstemt)</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Verst tenkelig depresjon | |
| Ingen angst <i>(angst = å føle seg urolig)</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Verst tenkelig angst | |
| Best tenkelig velvære <i>(velvære = hvordan du har det, alt tatt i betraktning)</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Verst tenkelig velvære | |
| Best tenkelig søvn | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Verst tenkelig søvn | |
| Ingen forstoppelse <i>(forstoppelse = treg mage)</i> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Verst tenkelig forstoppelse | |
| Kaster ikke opp | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Kaster verst tenkelig opp | |

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fylt ut av (sett ett kryss):

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell

Kroppskart

Navn: _____ Fødselsnummer: _____

Skyggelegg på tegningen området eller områdene hvor du har smerter eller ubehag.

