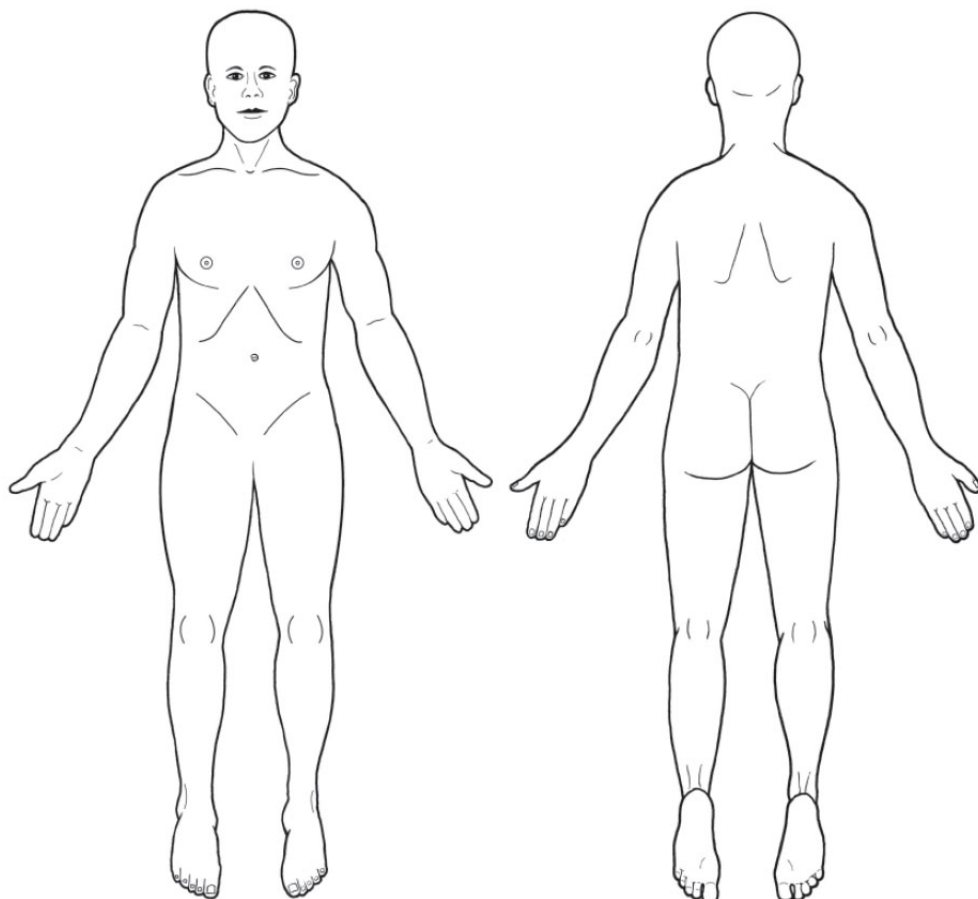


Smärtteckning

Personuppgifter

| | | |
|------|--------------|-------|
| Namn | Personnummer | Datum |
|------|--------------|-------|

Markera på teckningarna **var** du har smärta och **hur** smärtan känns.
Använd gärna symbolerna för att ange vilken **typ** av smärta det är.



- | | |
|-------------------|-------|
| Molande | M M M |
| Bultande | B B B |
| Brännande | X X X |
| Stickande | S S S |
| Tryckande | T T T |
| Krampartad | K K K |
| Ilande | i i i |
| Huggande/skärande | // / |
| Domning | = = = |
| Annat | A A A |

Markera hur stark din smärta är i **vila**:

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------------------|
| Ingen smärta | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Värsta tänkbara smärta |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------------------|

Markera hur stark din smärta är i **rörelse**:

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------------------|
| Ingen smärta | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Värsta tänkbara smärta |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------------------|