

Smärtformulär

BPI-SF

Namn:

Född:

Dagens datum:

Sjukhus:

Klinik / avd:

- 1 De flesta människor har någon gång i livet känt smärta (såsom lite huvudvärk, värk från en stukad led eller tandvärk). Har Du sista veckan känt **någon annan** smärta än dessa vanliga typer?

Ja Nej

Om Du har känt någon smärta – fortsätt med resten av formuläret

- 2 Gradera Din smärta genom att ringa in den siffra som bäst beskriver smärtan när den har varit **som värst** under det **sista dygnet**.

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

- 3 Gradera Din smärta genom att ringa in den siffra som bäst beskriver smärtan när den har varit **som minst** under det **sista dygnet**.

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

- 4 Gradera Din smärta genom att ringa in den siffra som bäst beskriver smärtan **i genomsnitt**.

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

- 5 Gradera Din smärta genom att ringa in den siffra som bäst beskriver hur ont Du har **just nu**.

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

- 6 Vilken behandling eller vilka mediciner får Du för Din smärta?

- 7 Hur mycket har behandlingen eller medicineringen lindrat smärtan under det sista dygnet? Ringa in det procenttal som bäst visar hur mycket smärtlindring Du har fått.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Ingen lindring Fullständig lindring

8 Ringa in den siffra som bäst beskriver hur smärtan under det **sista dygnet** har inverkat på:

A Dina allmänna aktiviteter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen inverkan									Mycket stor inverkan	

B Din sinnesstämning

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen inverkan									Mycket stor inverkan	

C Din gångförmåga

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen inverkan									Mycket stor inverkan	

D Ditt normala arbete (inkluderar både arbete i och utanför hemmet)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen inverkan									Mycket stor inverkan	

E Dina relationer till andra människor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen inverkan									Mycket stor inverkan	

F Din sömn

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen inverkan									Mycket stor inverkan	

G Din förmåga att njuta av livet

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen inverkan									Mycket stor inverkan	

REGIONALT
CANCERCENTRUM

VÄST

Skugga på figuren de områden av kroppen där Du upplever smärta.

Markera med **X** det område som gör **mest ont**.

Markera även vilken typ av smärta Du besväras av på de olika ställena på kroppen.

Smärtans karaktär är:

M=Molande

T=Tryckande

I=Ilande

P=Pulserande

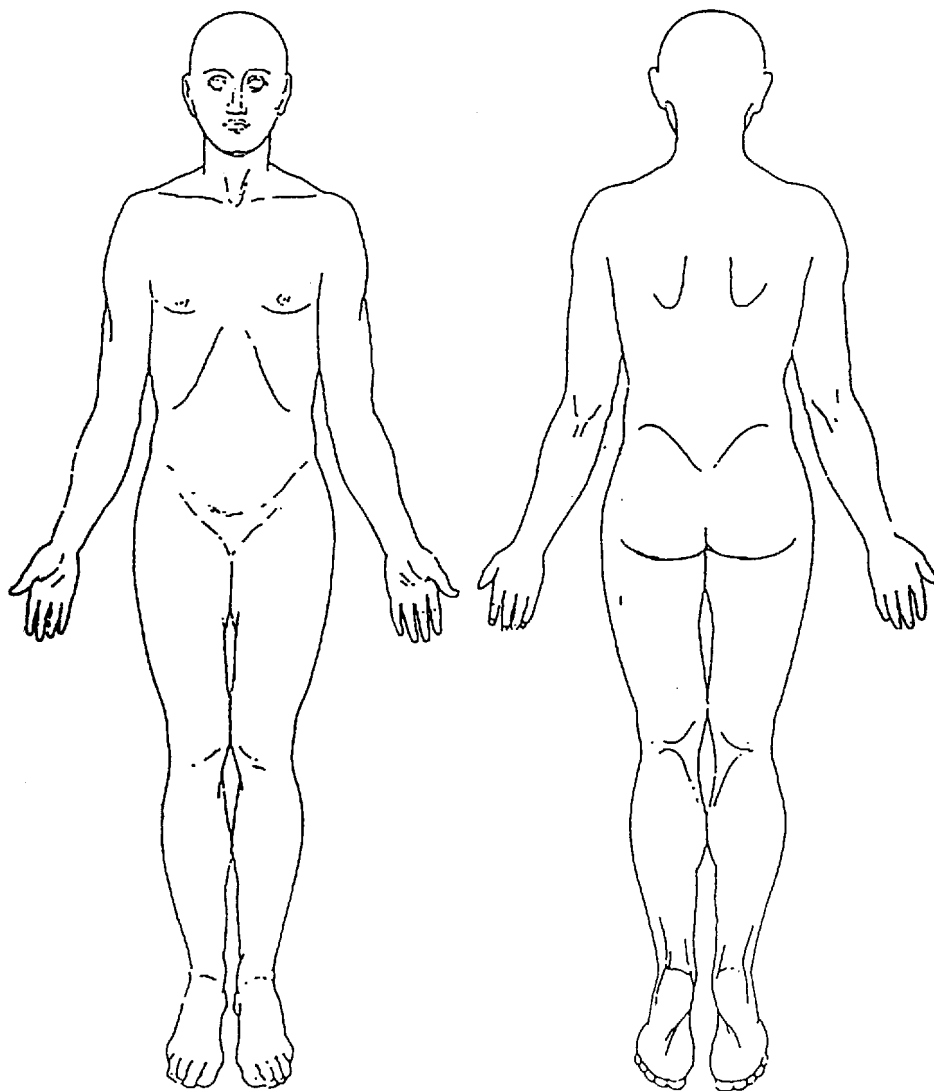
S=Stickande

H=Huggande

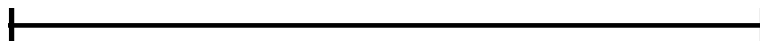
B=Brännande, svidande

D=Domningar

Ö=Övrigt



Ingen
smärta



Värsta
tänkbara
smärta