

## Beskrivning av min smärta

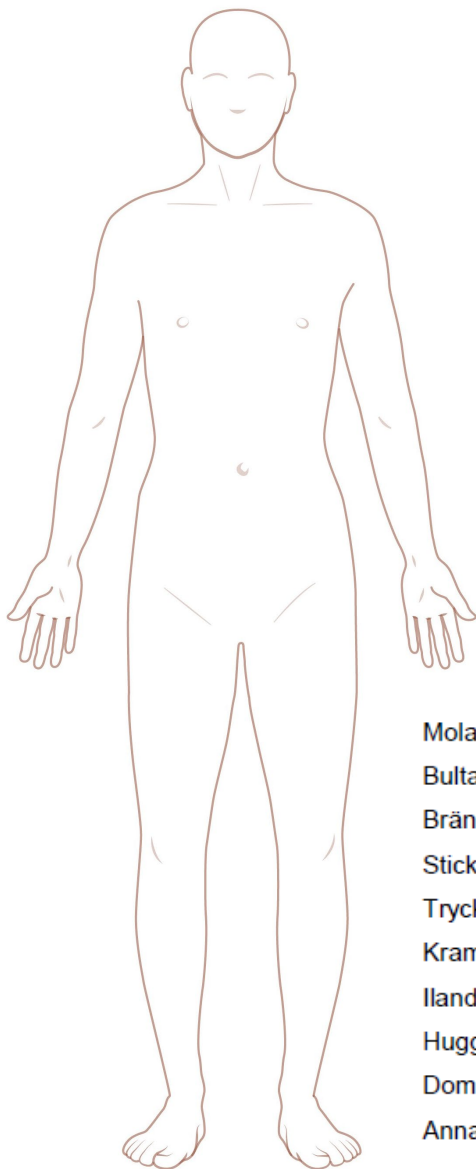
Namn:.....

Personnummer:..... Datum:.....

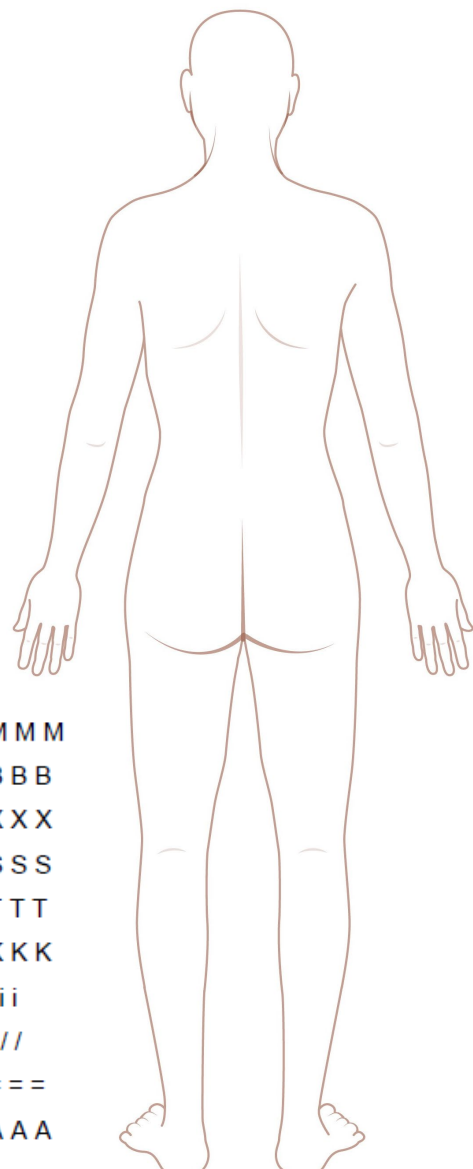
För att effektivt kunna behandla smärta är det viktigt att göra en smärtanalys. Genom att du svarar på frågorna i formuläret, får vi tillsammans ett bra underlag att utgå ifrån.

Nedan finns bilder där du kan markera var på kroppen du har ont. På nästa sida kan du beskriva med egna ord var du har ont.

**Markera var på kroppen du har ont. Använd gärna symbolerna för att beskriva hur smärtan känns.**



*Framsidan av kroppen.*



*Baksidan av kroppen.*

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

**Hur känns smärtan?**

Det kan vara svårt att beskriva på vilket sätt det gör ont, men informationen kan avgöra vilken behandling som passar bäst för just dig. Du kan kryssa i rutorna eller skriva med egna ord, eller göra båda.

**Välj ett eller flera alternativ för att beskriva din smärta:**

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Molande   | <input type="checkbox"/> Krampartad              |
| <input type="checkbox"/> Bultande  | <input type="checkbox"/> Ilande                  |
| <input type="checkbox"/> Brännande | <input type="checkbox"/> Huggande eller skärande |
| <input type="checkbox"/> Stickande | <input type="checkbox"/> Domning                 |
| <input type="checkbox"/> Tryckande | <input type="checkbox"/> Annat                   |

**Här kan du beskriva med egna ord var det gör ont och hur smärtan känns:**

**När har du ont?**

- Vid rörelse
- I vila
- Hela tiden
- Kommer plötsligt, oavsett rörelse eller vila

**Vilken tid på dygnet har du ont?**

- På dagen
- På natten
- Ibland på dagen, ibland på natten
- Hela tiden, både dag och natt

**Här kan du beskriva med egna ord om du vill:**

**Finns det något som ökar eller lindrar din smärta?** Exempelvis rörelse eller vila?  
Ansträngning eller avslappning? Värme eller kyla?

**Har du tagit något läkemedel för att lindra smärtan?**

Ja\*

Nej

**\*Beskriv gärna vilket eller vilka läkemedel du har tagit, vilken dos och om det har hjälpt.**

**Har du egna tankar om varför du har ont?**

**Råd om vad du kan göra själv**

Under rubriken Rehabilitering och egenvård finns en text om smärta. Där kan du läsa mer om smärta och vad du själv kan göra för att lindra den.

## Min smärta just nu (NRS)

Namn:.....

Personnummer:..... Datum:.....

För att hjälpa oss att bedöma hur ont du har just nu, använder vi en numerisk skala (NRS) där du får skatta din smärta från 0 till 10.

**Välj en siffra mellan 0 (ingen smärta) och 10 (värsta tänkbara smärta). Markera den siffra som du tycker stämmer bäst för dig.**



*Numerisk skala (NRS).*

**Här kan du skriva kommentarer eller ange siffra och klockslag, om du skattar din smärta flera gånger under ett dygn:**