

**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.

