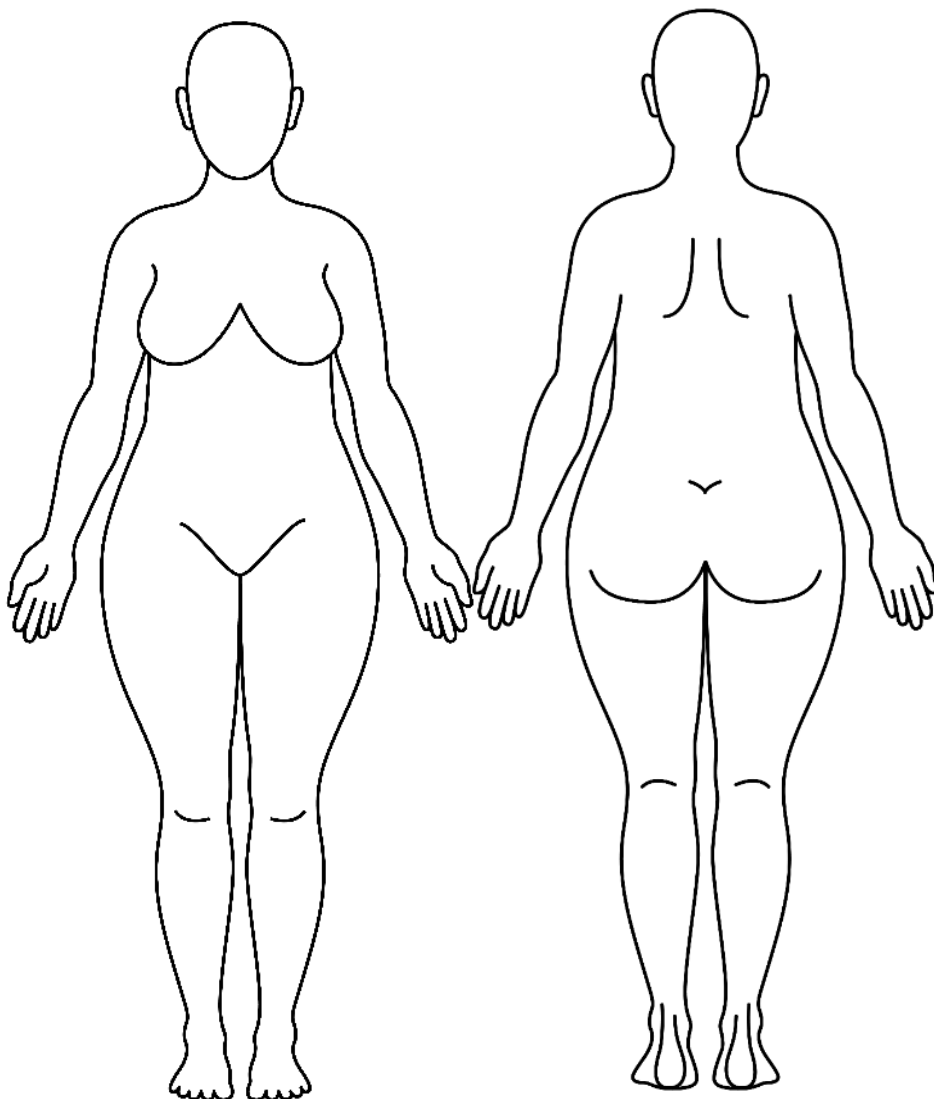


Namn:	Personnr:
	Datum:

Smärta	Symbol
Molande	M M M
Huggande/ skärande	///
Bultande	B B B
Brännande	X X X
Stickande	S S S
Tryckande	T T T
Domning	===
Krampartad	K K K
Ilande	iii
Symtom	Symbol
Tyngd känsla	V V V
Spännings känsla	+++
Mjölksyra	O O O

Rita på skissen **var** du har smärta och **hur** smärtan känns.
Använd gärna symbolerna till vänster om bilden.



Markera med kryss i fältet för att visa hur stark **din** smärta är
(0 = ingen smärta, 100 = värsta tänkbara smärta).

I vila	0	100
I rörelse	0	100

Notering:

