

## Personalia

Dato:

Navn:

Personnummer:

Yrke/Sykemeldt:

Høyde/Vekt:

Adresse / Telefon:

E-post:

## Sykdom

Tidligere sykdommer (spesielt kreftsykdom):

Aktuelle sykdom:

Når begynte smerten:

Oppstod den akutt eller gradvis:

Var det i forbindelse med traume/slag/ulykke:

Hvor har du vondt og er det en dominerende side (høyre/venstre):

Er smerten konstant eller varierende:

Er du noen gang smertefri:

Har du vondt om natta:

Sover du på tross av smerten:

Kan du beskrive smerten (ring inn): Dump verkende – stikkende – strålende – variabilitet

Hva forverrer smerten:

Blir smerten verre i løpet av dagen:

Hva er gjennomsnittsscore på VAS skala gjennom døgnet:

Hvor sterk er smerten på VAS skala på det verste og på det beste:

Hva slags behandling har du prøvd:

Hva slags undersøkelser er gjort (MR, CT, andre spesialister):

## Øvrig informasjon

Allergi:

Kan du være gravid:

Bruker du blodfortynnende medikamenter:

Bruker du smertestillende medisiner og hvor mye:

Andre faste medisiner:

Kommentarer: