



**VARBERGS
KOMMUN**

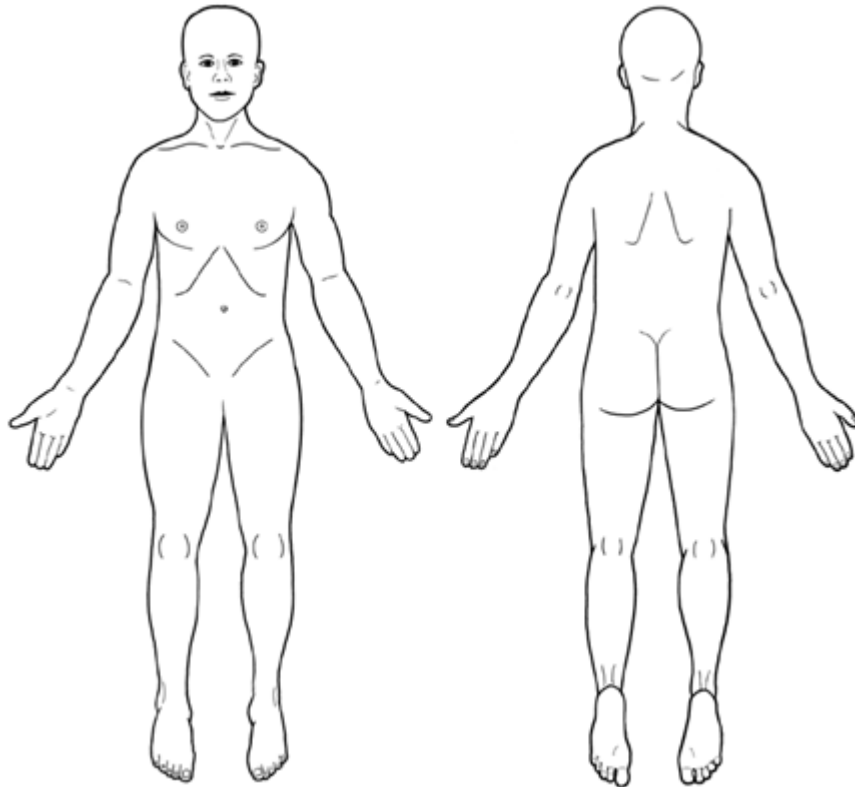
Personnummer: _____

Namn: _____

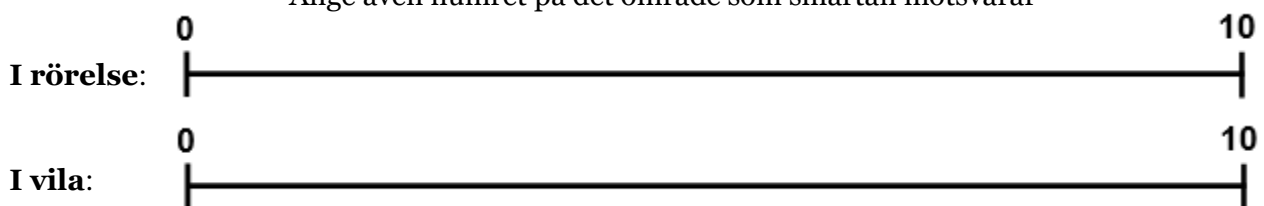
Datum: _____

Smärtritning

Rita var på kroppen du upplever att smärtan finns samt hur du upplever den.
Numrera varje område du ritar. Använd gärna symbolerna nederst på sidan.



Markera på skalan hur starkt du upplever smärtan (0=ingen, 10=värsta tänkbara)
Ange även numret på det område som smärtan motsvarar



Smärtbeskrivning

Molande: M M M

Brinnande: X X X

Bultande: B B B

Huggande/Skärande: / / /

Stickande ”sockerdricka”: : : :

Muskelkramp: S S S

Avdomning: = = =

Tryckande: T T T

Ömt: Ö Ö Ö

Sammanfattning: _____

