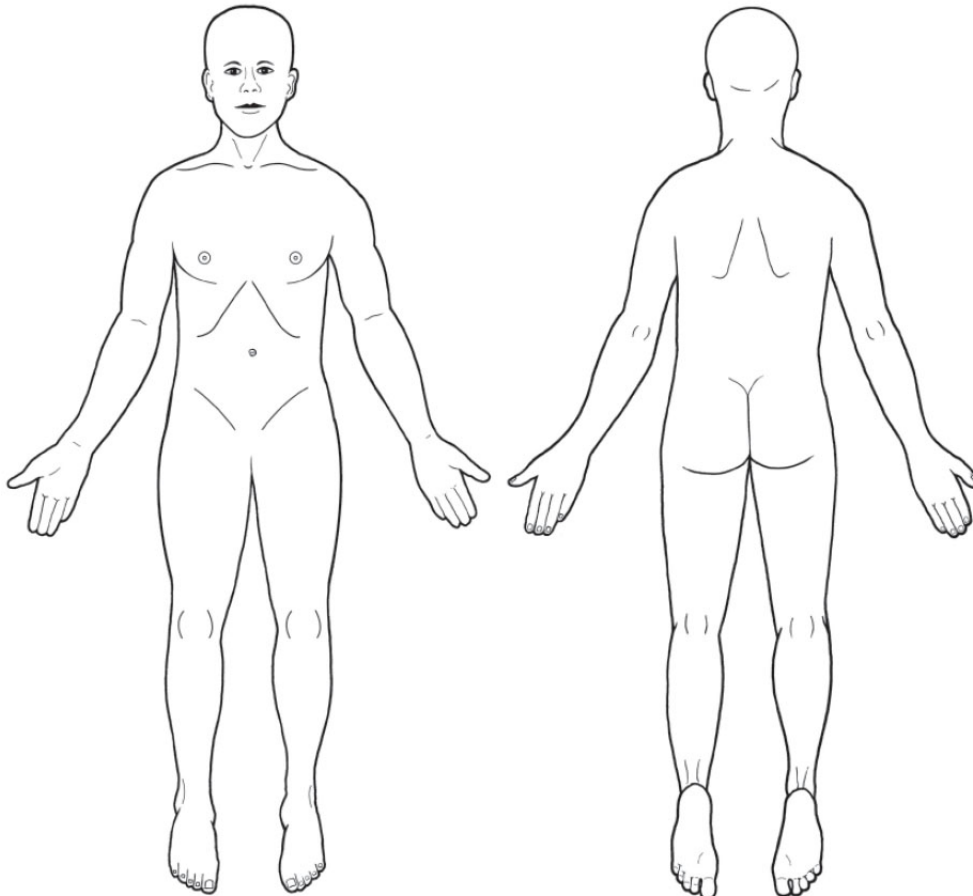


# Smärtteckning

## Personuppgifter

Namn	Personnummer	Datum
------	--------------	-------

Markera på teckningarna **var** du har smärta och **hur** smärtan känns.  
Använd gärna symbolerna för att ange vilken **typ** av smärta det är.



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

Markera hur stark din smärta är i **vila**:

Ingen smärta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Värsta tänkbara smärta
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

Markera hur stark din smärta är i **rörelse**:

Ingen smärta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Värsta tänkbara smärta
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------