Fyll i dagens datum, dina personuppgifter och markera dina besvär i figuren med hjälp av nedanstående tecken. Avsluta sedan med att kryssa i hur din smärta artar sig på de nedersta tre linjerna.

Datum:

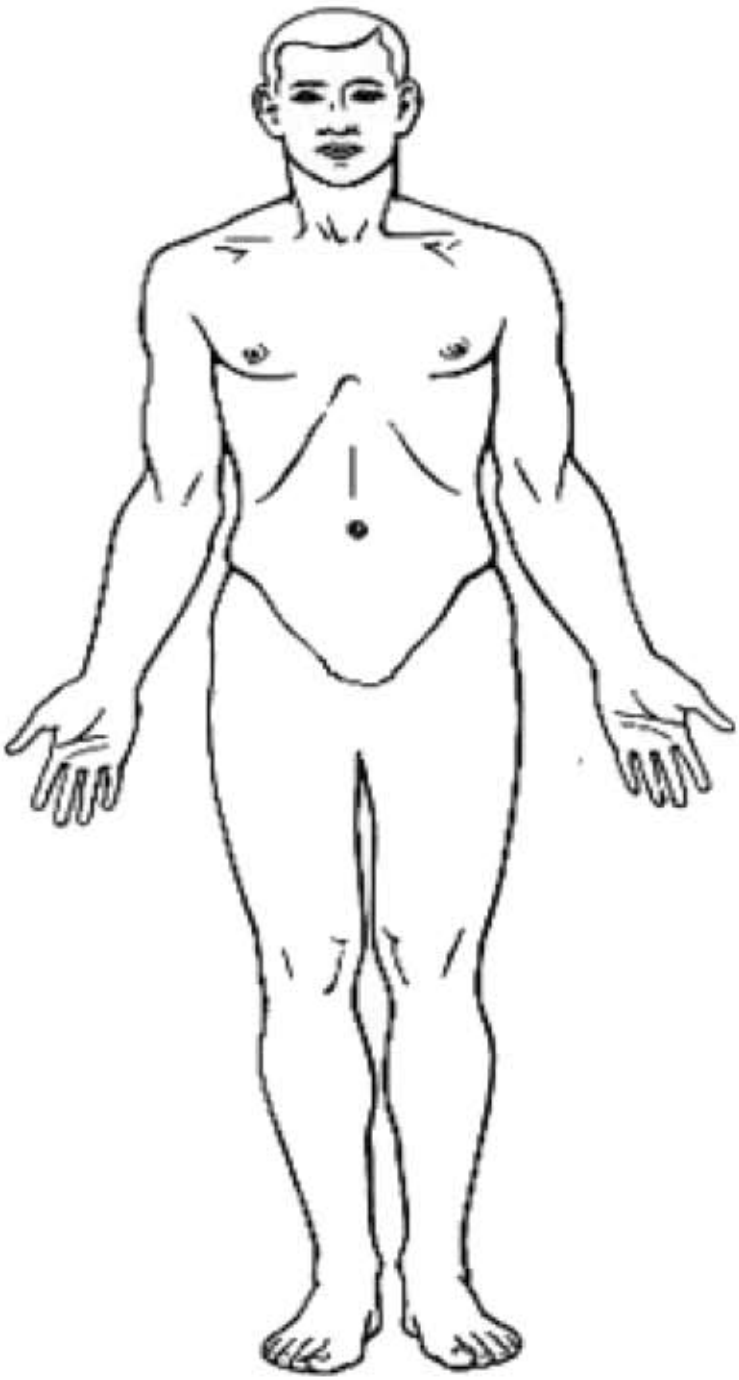
Namn:

Personnummer:

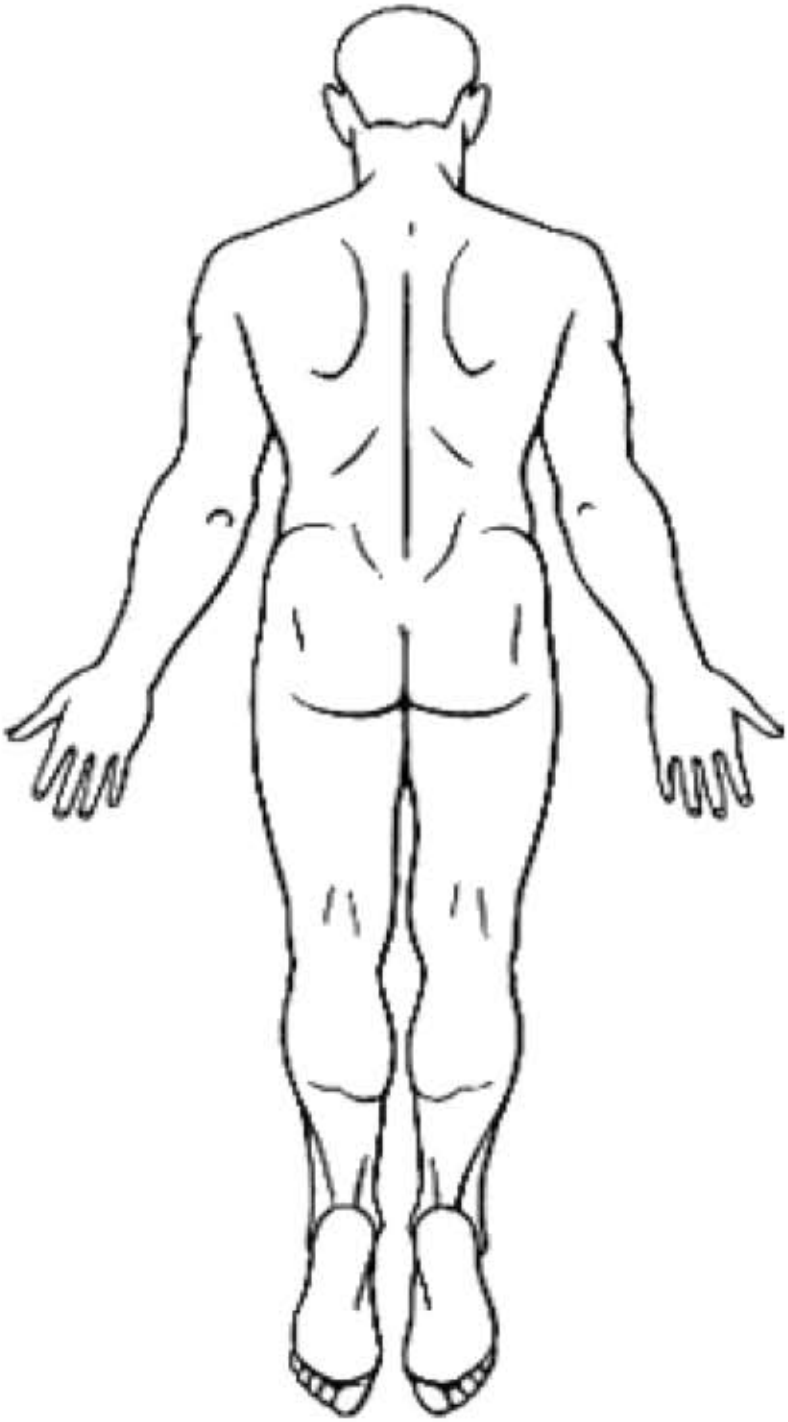
Huggande:	/// ///	Bultande:	BBB BBB
Molande:	MM MMM	Stickande:	••• •••
Tryckande:	TTT TTT	Ilande:	--- ---
Brännande:	XXX XXX	Ömmande:	OOO OOO
Trötthetskänsla:	RRR RRR	Krampande:	KKK KKK
Avdomnat:	AAA AAA	Övrigt:	SSS SSS
Stelhet:	EEE EEE		

© eVC 2012

Framsida



Baksida



	Ingen smärta	Outhärdlig smärta
Smärtan när den är som värst:		
Smärtan när den är som lindrigast:		
Smärtan idag:		