

Registreringsskema over medicin ved gennembrudssmerter.

Navn: _____ Cpr.nr: _____

Dato	Tidspunkt/ medicinnavn	Smerte score	Smertescore 1/2 time efter indtag		Dato	Tidspunkt/ medicinnavn	Smerte score	Smertescore 1/2 time efter indtag

Smerteskala:

Ingen smerter 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 Værst tænkelige smerter