



Utprovningsprotokoll för behandling med TENS

Namn _____ Personnummer _____

Datum _____

Diagnos _____

Smärtans lokalisering _____

Smärtintensitet enligt VAS före utprovning _____ mm

Beröringssensibilitet i området för elektrodplacering: ☐ Normal ☐ Förändrad

Eventuella kontraindikationer (pacemaker, graviditet i första trimestern)

Aktuell medicinerings mot smärta (läkemedel, styrka, dosering)

Rekommenderat stimuleringssätt/program

☐ Högfrekvent

Modell av TENS stimulator: _____

☐ Lågfrekvent

Stimuleringstid _____ minuter

☐ Högfrekvent pulsbreddsmodulerad

☐ Blandad frekvens

Smärtintensitet enligt VAS efter utprovning

☐ Annan _____

_____ mm

Behandlingsplan

Mätbara mål med TENS behandling

Uppföljning

Telefonkontakt/hembesök: När _____

Övrig kommentar _____