TENS-dagbok, smärta

Namn_____ Personnummer_____

Förskrivare_____ Telefonnummer_____

Skala för smärtskattning, Numerisk skala (NRS)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ingen smärta _____ Värsta tänkbara smärta

Datum	Klockslag	Program	Elektrod-placering	Stimulerings-tid	Smärta före beh, se ovan	Smärta efter beh, se ovan	Hur lång tid varar smärt-lindringen	Smärtlindrande mediciner Ökat/minskat/ oförändrat ↗ ↘ →

Beskriv hur TENS-behandlingen har påverkat din smärta:

_____

_____

_____

_____

_____