



TENS-dagbok, illamående

Namn _____ Personnummer _____

Förskrivare _____ Telefonnummer _____

Skattningsskala, Numerisk skala (NRS)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inget _____ Värsta tänkbara
illamående illamående

Datum	Klockslag	Program	Elektrod-placering	Stimulerings-tid	Illamående före beh, se ovan	Illamående efter beh, se ovan	Hur lång tid varar lindringen	Mediciner mot illamående Ökat/minskat/ oförändrat 

Beskriv hur TENS-behandlingen har påverkat dina besvär:
