



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	Elektro- 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:
