Namn Personnr Datum

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Smärtskattning** 0-10  **Aktivitet** 1-5  Kl 06.00-12.00  **Medicin?** | **Smärtskattning** 0-10  **Aktivitet** 1-5  Kl 12.00-17.00  **Medicin?** | **Smärtskattning** 0-10  **Aktivitet** 1-5  Kl 17.00-23.00  **Medicin?** | **Nattlig skattning**  0-10  Sovit? Vaken?  **Medicin?** |
| **Måndag** |  |  |  |  |
| **Tisdag** |  |  |  |  |
| **Onsdag** |  |  |  |  |
| **Torsdag** |  |  |  |  |
| **Fredag** |  |  |  |  |
| **Lördag** |  |  |  |  |
| **Söndag** |  |  |  |  |

**Aktivitet**

Skriv in din smärta respektive aktivitetsnivå i rutorna vid varje klockslag.Ange även intag av dina läkemedel i rutorna (smärtmedicin, sömnmedicin samt eventuell lugnande medicin mot oro eller avslappnande)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Vila** | **Ligger eller sitter** |
| 1. **Låg intensitet** | **Långsamma promenader, damma eller plocka hemma** |
| 1. **Måttlig intensitet** | **Promenad med energi, simning, dans, baspass** |
| 1. **Hög intensitet** | **Jogga eller powerwalk med stavar (går att prata men ansträngande)** |
| 1. **Mycket hög intensitet** | **Hög intensitet, intervaller löpning (här kan man inte prata)** |