Namn Personnr Datum

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Smärtskattning** 0-10 **Aktivitet** 1-5Kl 06.00-12.00**Medicin?** | **Smärtskattning** 0-10 **Aktivitet** 1-5Kl 12.00-17.00**Medicin?** | **Smärtskattning** 0-10 **Aktivitet** 1-5Kl 17.00-23.00**Medicin?** | **Nattlig skattning**0-10Sovit? 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)** |