

## BAKGRUNDSUPPGIFTER

Ålder \_\_\_\_\_ Civilstånd \_\_\_\_\_

Yrke \_\_\_\_\_

### Arbetssituation

Jag är  förvärvsarbetande  studerande  
           sjukledig fr.o.m. \_\_\_\_\_  arbetslös  
           pensionär

Har du GRUNDSJUKDOMAR?  nej  ja

Vilka? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Vilka MEDICINER använder du?

Grundmedicinering: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Smärtlindring: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kosttillskott, vitaminer, mineraler, omega-3-fetsyror: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Vilka OPERATIONER har du genomgått?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ALLERGIER

Har du allergier?  nej  ja

Vilka? \_\_\_\_\_

## NJUTNINGSMEDEL

Jag använder  röker  alkohol  snus  droger, vilka?  inga njutningsmedel  
Hur mycket per vecka? \_\_\_\_\_

## **NUVARANDE SMÄRTTILLSTÅND, SYMPTOM OCH SJUKDOMAR**

**Berätta kort varför du kommer till smärtpolikliniken**

---

---

**Läkarremiss till smärtpolikliniken / Diagnoskoder (om du vet)**

---

**Berätta kort hur smärtan började och hur den har framskridit**

---

---

**Ringa in på NRS-skalan det alternativ som bäst beskriver hur intensivt du upplever smärtan för tillfället, 0 = ingen smärta, 10 = värsta tänkbara smärta**

VID VILA                                  0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

VID RÖRELSE                              0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

**Vilka undersökningar har du varit med om pga. smärta, när?**

Radiologiska undersökningar (RTG, CT, MRI): \_\_\_\_\_

---

Klin. neurofysiologiska undersökningar (ENMG, QST, SEPT): \_\_\_\_\_

---

Laboratorieundersökningar (näring, reumasjukdomar, autoimmunitetssjukdomar, infektioner):

---

---

**Hur har smärtan behandlats?**

Mediciner: \_\_\_\_\_

---

Bedövningar: \_\_\_\_\_

---

Operationer: \_\_\_\_\_

---

Fysioterapi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Psykoterapi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rehabilitering (var/när): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Annat (alternativa vårdformer): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Vilken behandling har hjälpt dig mest?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Vilka är de största problemen smärtan förorsakar dig?

själva smärtan       sömnproblem       bristande funktionsförmåga

mina sociala kontakter har minskat       nedstämdhet       bristande arbetsförmåga

annat, vad? \_\_\_\_\_

Finns det andra stora lidanden i ditt liv?       nej       ja

Om du svarade ja, hurdana?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Vilka är dina viktigaste resurser för att handskas med smärta/lidande?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### SOCIALT STÖD

Har du barn?       nej       ja

Hur gamla barn? \_\_\_\_\_

Har du vänner/stödpersoner?       nej       ja

Hur många? \_\_\_\_\_

**Motionerar du, på vilket sätt och hur ofta?**

---

---

**Tycker du att du äter regelbundet och hälsosamt?**

---

**Vikten \_\_\_\_ Längden \_\_\_\_\_**

**Vilka förväntningar har du på vården på smärtpolikliniken?**

---

---

---

---