

Smärtenkät (BPI)

1. Gradera din smärta, genom att sätta ett streck på linjen, och som bäst beskriver din smärta när den varit **som värst** under sista dygnet

Ingen smärta alls	Värsta tänkbara smärta
-------------------------	------------------------------

2. Gradera din smärt, genom att sätta ett streck på linjen, och som bäst beskriver din smärta när den var **som minst** under sista dygnet

Ingen smärta alls	Värsta tänkbara smärta
-------------------------	------------------------------

3. Gradera din smärta, genom att sätta ett streck på linjen, och som bäst beskriver din smärta **i genomsnitt** under sista dygnet

Ingen smärta alls	Värsta tänkbara smärta
-------------------------	------------------------------

4. Gradera din smärta, genom att sätta ett streck på linjen, och som bäst beskriver hur ont du har **just nu**

Ingen smärta alls	Värsta tänkbara smärta
-------------------------	------------------------------

5. Hur mycket har behandlingen eller medicineringen **lindrat smärtan** under det sista dygnet

0 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Ingen lindring

Fullständig
lindring

Under senaste veckan (Sätt ett streck på linjen, och som bäst motsvarar din situation)

6. Har dina dagliga aktiviteter påverkats av smärta?

Inte
alls

Väldigt
mycket

7. Har ditt stämningsläge (humör) påverkats av smärta?

Inte
alls

Väldigt
mycket

8. Har din gångförmåga påverkats av smärta?

Inte
alls

Väldigt
mycket

9. Har dina relationer med andra människor påverkats av smärta

Inte
alls

Väldigt
mycket

10. Har din sömn störts av smärta?

Inte alls				Väldigt mycket
--------------	--	--	--	-------------------

11. Hur tycker du att den smärtstillande behandling du får fungerar?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Mycket bra Ganska bra Ganska dåligt Mycket dålig

12. Om du får ont, får du smärtlindring inom rimlig tid?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ja, alltid Ja, för det mesta Nej, ganska sällan Nej, aldrig

13. Besväras du av biverkningar till den smärtstillande behandlingen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Ja Nej

Om ja, vilka.....

14. Är det något speciellt du skulle vilja framhålla som du tror skulle kunna minska dina smärtor eller andra symptom?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Ja Nej

Om ja, vad.....

