

## Symtomskattning med linje

|                             |         |                                    |
|-----------------------------|---------|------------------------------------|
| Ingen smärta                | ←—————→ | Värsta tänkbara smärta             |
| Ingen orkeslöshet           | ←—————→ | Värsta tänkbara orkeslöshet        |
| Inget illamående            | ←—————→ | Värsta tänkbara illamående         |
| Ingen nedstämdhet           | ←—————→ | Värsta tänkbara nedstämdhet        |
| Ingen oro/ångest            | ←—————→ | Värsta tänkbara oro/ångest         |
| Ingen sömnighet/dåsighet    | ←—————→ | Värsta tänkbara sömnighet/dåsighet |
| Bästa möjliga aptit         | ←—————→ | Ingen aptit                        |
| Ingen andfåddhet            | ←—————→ | Värsta tänkbara andfåddhet         |
| Bästa möjliga välbefinnande | ←—————→ | Sämsta tänkbara välbefinnande      |
| Bästa möjliga livskvalitet  | ←—————→ | Sämsta tänkbara livskvalitet       |

|   |  |           |
|---|--|-----------|
| Patientens namn:                                      | Datum:   | Tid:      |
| <input type="checkbox"/> Skattningen gjord av patient | Med hjälp av: <input type="checkbox"/> personal <input type="checkbox"/> anhörig | Kategori: |