Datum							
Overzicht pijnmedicatie	**Tijd van toediening**						
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
Heeft u last van bijwerkingen? Zoals obstipatie, misselijkheid, sufheid.							
Wanneer heeft u veel pijn? Bij lopen, zitten, liggen, verandering van houding, overdag/'s nachts?							
Hoe heeft u geslapen? Slaapmedicatie gebruikt?							
Andere pijnbestrijdingsmethoden? Zoals bijv. ontspanningsoefeningen, warmte/koude of massage?							
Bijzonderheden							

PIJNCIJFER*	O	M	A	O	M	A	O	M	A	O	M	A	O	M	A	O	M	A	O	M	A
10 ergst denkbare pijn																					
9																					
8																					
7																					
6																					
5																					
4																					
3																					
2																					
1																					
0 geen pijn																					