

Supplementary

Pt-id

Registreres på opvågningen

Du bedes sætte kryds over det tal der passer bedst til udsagnet.

Ved udskrivelse fra opvågningen

Hvor mange smerter har du lige nu?

Smerter i hvile?

Ingen smerter	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Værst tænkelige smerter
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Smerter ved hoste?

Ingen smerter	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Værst tænkelige smerter
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Hvor meget kvalme har du lige nu?

Ingen kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Værst tænkelige kvalme
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

Antal opkastninger: _____

Morfin givet: _____ mg

Pt-id

Patient dagbog

Du bedes sætte kryds over det tal der passer bedst til udsagnet.

Kl 20 på operationsdagen.

Hvor mange smerter har du lige nu?

Smerter i hvile?

Ingen smerter	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Værst tænkelige smerter
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Smerter under synkning?

Ingen smerter	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Værst tænkelige smerter
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Hvor meget kvalme har du lige nu?

Ingen kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Værst tænkelige kvalme
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

Kl 8 første dag efter operationen.

Hvor mange smerter har du lige nu?

Smerter i hvile?

Ingen smerter	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Værst tænkelige smerter
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Smerter under synkning?

Ingen smerter	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Værst tænkelige smerter
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Hvor meget kvalme har du lige nu?

Ingen kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Værst tænkelige kvalme
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

Pt-id

Kl 8 første dag efter operationen.

Hvordan har du sovet i nat?

Bedst tænkelige søvn

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Værst tænkelige søvn

Hvor træt er du lige nu?

Ingen træthed

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Værst tænkelige træthed

Kl 20 første dag efter operationen.

Hvor mange smerter har du lige nu?

Smerter i hvile?

Ingen smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Værst tænkelige smerter

Smerter under synkning?

Ingen smerter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Værst tænkelige smerter

Hvor meget kvalme har du lige nu?

Ingen kvalme

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Værst tænkelige kvalme

Pt-id

Afleveres til lægen ved ambulant kontrol

Du bedes sætte kryds over det tal der passer bedst til udsagnet.

Jeg modtog tilstrækkelig information vedrørende operation og ricisi

Slet ikke

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Fuldt ud

Jeg modtog tilstrækkelig information om forholdsregler efter operationen samt håndtering af eventuelle komplikationer

Slet ikke

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Fuldt ud

Hvor mange dage efter operationen, hvor operationsdagen er dag nul, genoptog du

1. Normal hjemlig aktivitet? _____

2. Arbejde (hvis du er i arbejde)? _____

Jeg kunne gennemgå det samme igen, hvis nødvendigt

Slet ikke

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Fuldt ud

Fuld tilfredshed med forløbet

Slet ikke tilfreds

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Meget tilfreds

Eventuelle kommentarer