

Pijndagboek

Datum						
Overzicht pijnmedicatie	tijd van toediening			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 houding? Overdag / 's nachts?						
Hoe heeft u geslapen? Slaapmedicatie gebruikt?						
Andere pijnbestrijdingsmethoden? Zoals <i>bijv. ontspanningsoefeningen, warmte/koude of massage?</i>						
Bijzonderheden						
PIJNCIJFER (ochtend (O), middag (M) en avond (A), zet een kruisje achter	O	M	A	O	M	A
10 ergst denkbare pijn						
9						
8						
7						
6						
5						
4						
3						
2						
1						
0 geen pijn						