

FORMULÄR FÖR TENS-UTPROVNING

Personnummer: _____ Datum: _____

Namn: _____

Hur ofta har Du använt TENS under dygnet? <i>Ange antal gånger</i>		Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5	Dag 6	Dag 7	
	<i>Vecka 1</i>								
	<i>Vecka 2</i>								
	<i>Vecka 3</i>								
	<i>Vecka 4</i>								
Hur känns det under TENS-behandlingen? <i>1 Sämre</i> <i>2 Oförändrat</i> <i>3 Bättre</i> <i>4 Besvärsfri</i>		Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5	Dag 6	Dag 7	
	<i>Vecka 1</i>								
	<i>Vecka 2</i>								
	<i>Vecka 3</i>								
	<i>Vecka 4</i>								
Hur lång tid kvarstår förbättringen/ försämringen efter att stimulatorn stängts av? <i>Ange antal timmar</i>		Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5	Dag 6	Dag 7	
	<i>Vecka 1</i>								
	<i>Vecka 2</i>								
	<i>Vecka 3</i>								
	<i>Vecka 4</i>								

Följande frågor besvaras vid utprovningstidens slut. Markera med X

Har Din aktivitetsnivå förändrats under behandlingsperioden med TENS, jämfört med tidigare?	<input type="checkbox"/> <i>ökat mycket</i> <input type="checkbox"/> <i>ökat något</i> <input type="checkbox"/> <i>lika/oförändrat</i> <input type="checkbox"/> <i>minskat något</i> <input type="checkbox"/> <i>minskat mycket</i>
Om Du använder smärtlindrande medicin, har Din användning förändrats?	<input type="checkbox"/> <i>minskats mycket</i> <input type="checkbox"/> <i>minskat något</i> <input type="checkbox"/> <i>lika/oförändrat</i> <input type="checkbox"/> <i>ökat något</i> <input type="checkbox"/> <i>ökat mycket</i>
Hur upplever Du besvären efter denna behandlingsperiod med TENS jämfört med innan behandlingen började?	<input type="checkbox"/> <i>förbättrats mycket</i> <input type="checkbox"/> <i>förbättrats något</i> <input type="checkbox"/> <i>lika/oförändrat</i> <input type="checkbox"/> <i>försämrats något</i> <input type="checkbox"/> <i>försämrats mycket</i>