



VARBERGS  
KOMMUN

# Smärtskattning Abbey Pain Scale

För bedömning av smärta hos personer med demenssjukdom som har svårt att beskriva sin smärta i tal samt patienter som ej är kontaktbara

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

**Smärtskattningen skall utföras minst var 4:e timme samt 45 minuter efter given smärtstillning. Kontakta sjuksköterska om patienten får totalt 3 poäng eller mer**

Observera personen och bedöm graden av påverkan med skalan 0 till 3 i punkt 1 till 6 nedan.

Fyll i poängen i respektive ruta. Räkna ut totalsumman.

Inte alls=0	Sällan=1	Ibland=2	Ofta=3
<b>1. Röstuttryck/ljud</b> - t ex gnyr, jämrar sig eller låter			
<b>2. Ansiktsuttryck</b> - t ex spänd, rynkar näsan, grimaserar			

Inte alls=0	Lite=1	Måttligt=2	Mycket=3
<b>3. Förändrat kroppsspråk</b> - t ex rastlös, vaggar, skyddar en kroppsdel eller ihopkrupen			
<b>4. Förändrat beteende</b> - t ex ökad förvirring, matvägran, ökad eller minskad kroppsaktivitet			
<b>5. Fysiologisk förändring</b> - t ex förändrad kroppstemperatur, puls/bt, svettningar, rodnad/blekhet i hyn			
<b>6. Kroppsliga förändringar</b> - t ex rivet skinn, trycksador, kontrakturer eller andra skador			

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Totalsumma: 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Datum/klockslag: 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Signatur: 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------