**Abbey Pain Scale**

För bedömning av smärta hos personer som har svårt att själva beskriva sin smärta.

|  |  |
| --- | --- |
| Förnamn och efternamn | Personnummer |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Tid | Bedömarens signatur |

|  |  |
| --- | --- |
| Senast givna smärtlindring | Datum och tid |

Observera personen och bedöm graden av påverkan med skalan 0 till 3 och svara på alla 6 frågorna.

|  |  |
| --- | --- |
| **Röstuttryck/ ljud** – gnyr, jämrar sig eller låter0 = inte alls 1 = sällan 2 = ibland 3 = ofta  |  |
| **Ansiktsuttryck** – spänd, rynkar näsan, grimaserar eller ser rädd ut0 = inte alls 1 = sällan 2 = ibland 3 = ofta |  |
| **Förändrar kroppsspråk** – rastlös, vaggar, skyddar en kroppsdel eller ihopkrupen0 = inte alls 1 = lite 2 = måttligt 3 = mycket |  |
| **Förändrat beteende** – ökad förvirring, matvägran, ökad eller minskad kroppsaktivitet0 = inte alls 1 = lite 2 = måttligt 3 = mycket |  |
| **Fysiologisk förändring** – förändrad kroppstemperatur, puls eller blodtryck, svettningar, rodnad eller blekhet i hyn0 = inte alls 1 = lite 2 = måttligt 3 = mycket |  |
| **Kroppsliga förändringar** – rivet skinn, tryckskador, kontrakturer eller andra skador0 = inte alls 1 = lite 2 = måttligt 3 = mycket |  |
| **Summera antalet poäng och markera typ av smärta**0-2= ingen 3-7= mild 8-13= måttlig >14= svår smärtaTyp av smärta: Långvarig Akut Blandad | Blankettnummer OF 623 140405 CY/MJ |

Blankettnummer XXXXXXX

Blankettnummer XXXXXXX