

Pasient ID

Pasientens navn

Personnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dato for utfylling

d	d	m	m	å	å	å	å		

Barkode

Evaluering

	Ja	Nei	(Dersom nei, avsluttes utspørring)				
Husker du at du nylig har vært i kontakt med og fått behandling av sykehushets smerteteam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Mye bedre	Bedre	Litt bedre	Uendret	Litt verre	Verre	Mye verre
1. Siden oppstart av behandling av Smerteamet, er min smertetilstand blitt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Siden oppstart av behandling av Smerteamet, er min generelle tilstand blitt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke aktuelt
3. Hvor fornøyd er du med ivaretagelsen fra Smerteteamet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Snakket behandlerne i smerteteamet til deg slik at du forsto dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har du tillit til smerteteamets faglige dyktighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fikk du tilstrekkelig informasjon og forklaring om din smertetilstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Opplevde du at smertebehandlingen var tilpasset din situasjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Var du involvert i avgjørelser som angikk din smertebehandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Opplevde du at smerteteamets arbeid var godt organisert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Var hjelpen og behandlingen du fikk av smerteteamet, alt i alt, tilfredsstillende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet av smerteteamet (etter det du selv kan bedømme)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørsmål 4-7 er opprinnelig utarbeidet av kunnskapssenteret, men er endret for pasientgrunlaget.