

SMERTEDAGBOG

– med jobafprøvning –

Dato: _____ Ugedag: _____

Vejr: ☐ Sol ☐ Overskyet ☐ Regn ☐ Blæst Andet: _____

Menstruation (hvis relevant): ☐ Ja ☐ Nej

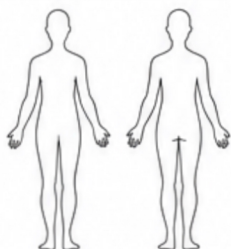
SMERTENIVEAU (0-10)

Udfyld gerne flere gange dagligt

Morgen	Formiddag	Middag	Eftermiddag	Aften	Nat
_____	_____	_____	_____	_____	_____

0 Ingen smerter  10 Værst tænkelige smerter

HVOR HAR DU SMERTER?



- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Hoved | ☐ Bækken |
| ☐ Nakke | ☐ Knæ |
| ☐ Skuldre | ☐ Ben |
| ☐ Arme | ☐ Fødder |
| ☐ Hænder | ☐ Led |
| ☐ Ryg | ☐ Muskler |
| ☐ Hofter | ☐ Hele kroppen |
| ☐ Andet: _____ | |

HVORDAN FØLES SMERTERNE?

- | | | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| ☐ Murrende | ☐ Jagende | ☐ Brændende | ☐ Stikkende | ☐ Trykkende |
| ☐ Dunkende | ☐ Strammende | ☐ Kramper | ☐ Nerveagtige | ☐ Elektriske stød |
| ☐ Islæt/Prikken | ☐ Trækkende | ☐ Konstant | ☐ Nogen gange | ☐ Andet: _____ |

HVOR LÆNGE VAREDE SMERTERNE?

- ☐ Hele dagen
☐ Under 30 minutter
☐ 30-60 minutter
☐ 1-3 timer
☐ Over 3 timer

HVAD UDLØSTE SMERTERNE?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Fysisk aktivitet | ☐ Stress |
| ☐ Arbejde | ☐ Dårlig søvn |
| ☐ Husarbejde | ☐ Vejrskifte |
| ☐ Lang tids siddestilling | ☐ Kulde |
| ☐ Lang tids stående | ☐ Varme |
| ☐ Ingen tydelig årsag | ☐ Andet: _____ |

DAGENS OVERORDNEDE STATUS

Søvn – sengetid: _____

Vågnet kl.: _____

Antal timers søvn: _____

Antal opvågninger: _____

Søvnkvalitet (0-10)

0 = Meget dårlig

10 = Meget god

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Hvordan vågnede du?

☐ Frisk ☐ Træt ☐ Stiv i kroppen ☐ Med smerter

☐ Andet: _____

JOBAPPRØVNING – DAGENS OVERBLIK

Virksomhed/afdeling: _____

Periode (fra/til): _____

Dato for din afprøvning i dag: _____

Hvilken type afprøvning?

☐ Virksomhedspraktik ☐ Jobafklaringsforløb ☐ Fleksjobafprøvning

☐ Andet: _____

DAGENS ARBEJDSDAG

Arbejdstid i dag:

Fra kl.: _____ Til kl.: _____

Antal pauser: _____

Hvad lavede du i dag? (opgaver/aktiviteter)

Hvordan forløb dagen?

☐ Godt ☐ Okay ☐ Svært ☐ Meget svært

Hvorfor? _____

BELASTNING & PÅVIRKNING

Fysisk belastning (0-10)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Mental belastning (0-10)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Social belastning (0-10)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Hvad påvirkede dig mest i dag?

☐ Fysiske opgaver

☐ Tempo/pauser

☐ Arbejds miljø

☐ Transport

☐ Samarbejde/kommunikation

☐ Usikkerhed

☐ Andet: _____

PAUSER & RESTITUTION

Fik du de pauser, du havde brug for?

☐ Ja ☐ Delvist ☐ Nej

Hjulpede pauserne?

☐ Ja ☐ Delvist ☐ Nej

Hvad havde du brug for mere af?

EFTER JOB – PÅVIRKNING

Hvordan har dagen påvirket dine smerter?

Før job:

0 1 2 4 5 6 7 8 9 10
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Efter job:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 10
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Hvordan har dagen påvirket din energi?

Før job:

0 1 2 3 4 6 7 8 9 10
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Efter job:

0 1 2 3 4 6 7 8 9 10
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

HVAD GJORDE SMERTERNE VÆRRE?

HVAD HJALP?

☐ Hvile ☐ Varme ☐ Bevægelse

☐ Kulde ☐ Massage ☐ Bad

☐ Medicin ☐ Udstrækning ☐ Meditation

☐ Andet: _____

MEDICIN

Medicin	Dosis	Tid	Hjælp?
_____	_____	_____	☐ Ja ☐ Delvist ☐ Nej
_____	_____	_____	☐ Ja ☐ Delvist ☐ Nej
_____	_____	_____	☐ Ja ☐ Delvist ☐ Nej
Bivirkninger: _____			

KOST & VÆSKE

Har du spist regelmæssigt?

☐ Ja ☐ Nej

Væske ca.: _____ liter

Koffein: _____

Alkohol: _____



TRANSPORT

Transportform: ☐ Bil ☐ Offentlig transport ☐ Cykel ☐ Gæet ☐ Andet: _____

Hvordan påvirkede transporten dig?

☐ Ingen påvirkning ☐ Let påvirkning ☐ Moderat påvirkning ☐ Stor påvirkning

Hvorfor? _____

ENERGINIVEAU (0-10)

0 1 2 3 4 6 7 8 9 10
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

TRÆTHED (0-10)

0 1 2 3 4 6 7 8 9 10
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

HUMØR

☐ Glad

☐ Rolig

☐ Stresset

☐ Ked af det

☐ Irriteret

☐ Angst

☐ Overvældet

☐ Andet: _____

ANDRE SYMPTOMER

☐ Kvalme ☐ Hævelse

☐ Svimmelhed ☐ Prikken/foleforstyrrelser

☐ Træthed ☐ Hævelse ☐ Feber

☐ Maveproblemer ☐ Lydfølsomhed

☐ Lydfølsomhed ☐ Andet: _____

DAGENS BEDSTE PERIODE

Hvornår havde du det bedst?

Hvorfor tror du?

DAGENS VÆRSTE PERIODE

Hvornår havde du det værst?

Hvorfor tror du?

LÆRING & TILPASNING

Hvad lærte du i dag, om hvad du kan klare?

Hvad vil du gøre anderledes næste gang?

DAGENS NOTER

SAMLET VURDERING AF DAGEN

Smertniveau i dag (gennemsnit) (0-10)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Livskvalitet i dag (0-10)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Ville du kunne arbejde/studere i dag?

☐ Ja ☐ Delvist ☐ Nej

Er der noget, du vil fortælle din læge/vejleder ved næste samtale?
