



Ad soyad _____ Başlangıç tarihi _____

Ağrı ilk ne zaman başladı? _____

Düzenli kullandığım ağrı kesiciler (reçetesizler ve bitkisel ürünler dahil) _____

Tarih, saat	Nerede?	Şiddeti	Neyle arttı? hareket, yürüme, gece	Aldığım ağrı kesici adı, dozu, saati	Uykuma ve günlük işlerime etkisi
		☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli			
		☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli			
		☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli			
		☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli			
		☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli			
		☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli			
		☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli			
		☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli			
		☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli			
		☐ Hafif ☐ Orta ☐ Şiddetli			

Nasıl doldurulur?

- Ağrının yerini, ne zaman başladığını, neyle arttığını ve uykunuzu ve günlük işlerinizi nasıl etkilediğini yazın.
- Reçetesiz olanlar ve bitkisel ürünler dahil, aldığınız bütün ağrı kesicileri yazın.
- Demanslı bir yakınınız için dolduruyorsanız huzursuzluk, bağırma, yüz buruşturma, bir yerini korumak, hareket etmek istememek, yemek yememe ya da uyku bozukluğunu da yazın; bunlar ağrının işareti olabilir.
- Hekiminize danışmadan yeni bir ilaca başlamayın, kullandığınız ilaçları kesmeyin ve dozlarını değiştirmeyin.