

MAI- 10

Observation af
Mobilitet – Adfærd - Intensitet
hos mennesker med svær demens

Bolig:	Cpr. nr.:	Navn:	Dato:	Kl.:
---------------	------------------	--------------	--------------	-------------

Smerteadfærd

Smerteintensitet

Observér beboerens smerteadfærd inden morgentoilette.
Fortæl eller vis beboeren klart og tydeligt hvad han skal gøre i punkt 1 – 5
Stop bevægelsen med det samme, hvis beboeren udtrykker svær smerte

Lyde: AV! Stønnen Råben Klagen Gisp Skrig	Udtryk: Grimasser Rynke pande Stramme læber Lukke øjnene	Forsvar: Stivner Forsvarer sig Skubber væk Klamrer sig
--	--	--

↓ ↓ ↓

1) Bed beboeren om at åbne begge hænder
Én hånd ad gangen

Hvor intens synes du at smerten virker?
(0 står for smertefri og 10 står for værst tænkelige smerte)

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

2) Bed beboeren om at strække begge
arme op over hovedet. Én ad gangen

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

3) Bed beboeren om at strække og bøje
begge knæ. Ét ad gangen

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

4) Bed beboeren om at vende sig i sengen
Både til højre og venstre

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

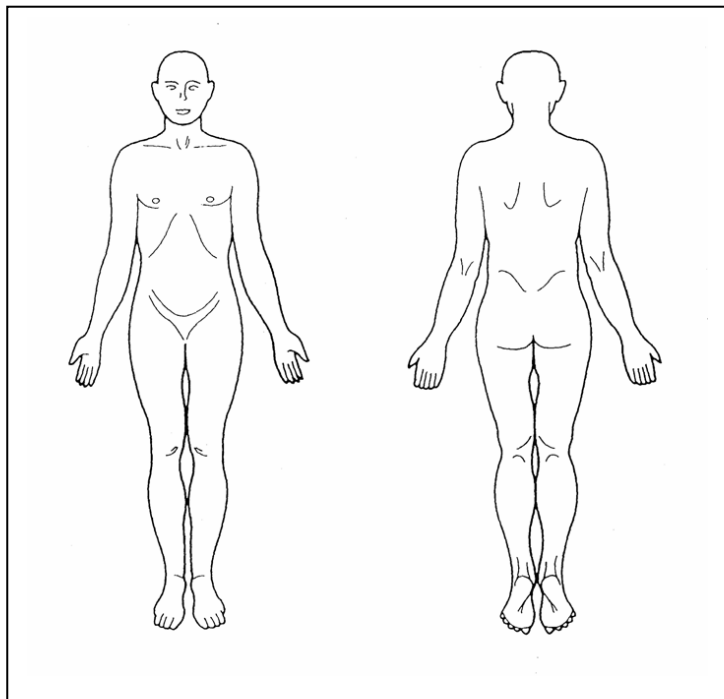
5) Bed beboeren om at sætte sig op på
sengekanten

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

Har du observeret smerte hos beboeren indenfor de sidste par dage?

Måske har beboeren smerter i indre organer, i hovedet, i huden. Måske skyldes smerterne sygdom, sår, infektion eller tilskadekomst.

1) Afmærk på figuren herunder hvor du har observeret smerte.



Hvor intens synes du at smerten virker?
(0 står for smertefri og 10 står for værst tænkelige smerte)

- 6) Hoved, mund, nakke, ører, pande mm 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 7) Hjerte, lunge, bryst, skulder, arm mm 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 8) Mave, mellemgulv lænd mm 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 9) Bækken, urinveje genitalia, lyske mm 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 10) Huden 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sammenfatning:

Kig nu nøje på dine vurderinger fra 1 – 10

og giv en samlet vurdering af beboerens smerte:

Sammenfatningen udfyldes sammen med din afdelingsleder

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Udfyldt af:	Dato:
-------------	-------