

Kivun voimakkuuden ja unen seuranta ENNEN rTMS-intensiivihoidojaksoa

LOMAKE 1

2 viikon jakso ennen rTMS-hoitoa

Nimi: _____ Hetu: _____

Vuosi _____	KIVUN ARVIOINTI Arvioi kyseisenä hetkenä kivun voimakkuus asteikolla 0-10 (0 = ei kipua, 10 = pahin kuviteltavissa oleva kipu)		UNEN ARVIOINTI Kuinka paljon kipu on häirinnyt unta asteikolla 0-10? (0 = ei ollenkaan, 10 = pahimmalla mahdollisella tavalla)	ODOTUS HOIDON ANTAMASTA HYÖDYSTÄ Ympyröi sopivin vaihtoehto alla olevista. Odotan, että rTMS-hoito lievittää kipua: – ei lainkaan – vähemmän kuin puolet – noin puolet – enemmän kuin puolet – kokonaan
	Päivämäärä	Aamulla klo 8-10	Illalla klo 19–21	



Potilasohje

2 (2)

HUS Diagnostiikkakeskus

Kliininen neurofysiologia (KNF)

www.tutkimukseen.fi