

Navn: _____

CPR: _____ Måned: _____



KLINIK FOR BØRN & UNGE

MAVESMERTER

Smertescore: 0/😊 → 5/😐 → 10/😞

| Dato | Mavesmerter (tidspunkt og smertescore) | Kvalme/opkastning (markeres med K/O) | Afføring (antal, konsistens, udseende) |
|------|---|---|---|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| 9. | | | |
| 10. | | | |
| 11. | | | |
| 12. | | | |
| 13. | | | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |
| 18. | | | |
| 19. | | | |
| 20. | | | |
| 21. | | | |
| 22. | | | |
| 23. | | | |
| 24. | | | |
| 25. | | | |
| 26. | | | |
| 27. | | | |
| 28. | | | |
| 29. | | | |
| 30. | | | |
| 31. | | | |

KOMMENTARER:

Udfyldes dagligt og medtages til kontrol 😊