



Gepan[®] instill

Effektiv GAG-ersättning

Summering av Utvärderingsformulär

Person nr: _____ Behandlare: _____

Namn: _____ Mottagning/klinik: _____

Årtal	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Instillation Nr	före 1:a	1	2	3	4	5	6	Skattning efter avslutad behandling
Gepan [®] instill kvarhölls i blåsan under ...		min	min	min	min	min	min	min

Smärta	Värsta tänkbara smärta	10	10	10	10	10	10	10	10
			9	9	9	9	9	9	9
		8	8	8	8	8	8	8	8
		7	7	7	7	7	7	7	7
		6	6	6	6	6	6	6	6
		5	5	5	5	5	5	5	5
		4	4	4	4	4	4	4	4
		3	3	3	3	3	3	3	3
		2	2	2	2	2	2	2	2
		1	1	1	1	1	1	1	1
	Ingen smärta	0	0	0	0	0	0	0	0

Trängningar	Värsta tänkbara trängningskänsla	10	10	10	10	10	10	10	10
			9	9	9	9	9	9	9
		8	8	8	8	8	8	8	8
		7	7	7	7	7	7	7	7
		6	6	6	6	6	6	6	6
		5	5	5	5	5	5	5	5
		4	4	4	4	4	4	4	4
		3	3	3	3	3	3	3	3
		2	2	2	2	2	2	2	2
		1	1	1	1	1	1	1	1
	Ingen trängningskänsla	0	0	0	0	0	0	0	0

Antal blåstömningar	per dygn								
		varav på natten							

Nordiskt ombud:
 NMT Nordisk Medicin & Teknik AB
 Kungsgatan 40
 503 35 Borås
 Tel: +46 33 249 370
 E-post: info@nmt-ab.se
 Webb sida: www.nmt-ab.se

