

Dagbog i forbindelse med deltagelse i PERISAFE studiet

Forsøgets titel: Sikkerhed ved behandling med Ibuprofen efter større ortopædkirurgiske operationer – PERISAFE studiet.

Dagbogen udfyldes hver morgen, fra dagen efter din operation til og med dag 8 efter din operation.

Navn:

Fødselsdato:

Operationsdato:

Allokeringsnummer:

Har du spørgsmål eller kommentarer, er du velkommen til at kontakte Læge og ph.d.-studerende Christina Cleveland Westerdahl Laursen. Telefon: +45 4732 6398. Mail: SUH-perisafe@regionsjaelland.dk.

Dag 1 efter din operation (morgen)*Nedenstående spørgsmål drejer sig om hvordan du har haft det de sidste 24 timer.***Har du taget forsøgsmedicinen de sidste 24 timer, dvs. 1 pille hver 8. time? Sæt kryds**

Ja Nej

Hvis nej: Hvor mange piller forsøgsmedicin har du indtaget de sidste 24 timer? _____ stk.

Har du oplevet en eller flere af disse bivirkninger? Sæt kryds, gerne flere.

<input type="checkbox"/> Sure opstød, halsbrand	<input type="checkbox"/> Kvalme	<input type="checkbox"/> Humørsvingninger	<input type="checkbox"/> Hovedpine
<input type="checkbox"/> Smerter/ubehag øverst i maven	<input type="checkbox"/> Opkast	<input type="checkbox"/> Mundtørhed	<input type="checkbox"/> Ingen
<input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Forstoppelse	<input type="checkbox"/> Søvnighed	

I forhold til din operation, hvad har din værste smerte været i løbet af de sidste 24 timer?**Sæt kryds.**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ingen
smerteVærst
tænkelig
smerte**Hvilken øvrig smertebehandling har du indtaget?**

Sæt kryds og udfyld dosis.

Har du indtaget paracetamol?

(f.eks. panodil, pamol, pinex mv.)

Ja

Nej

Dosis er ikke nødvendig at notere.

Har du indtaget morfin?

(f.eks. malfin, contalgin, doltard mv.)

Ja

Nej

Styrke på morfinpillerne: _____ mg.

Antal morfinpiller gnm. 24 t: _____ stk.

Har du indtaget oxycodon?

(f.eks. oxynorm, coxynon, oxycontin mv.)

Ja

Nej

Styrke på oxycodonpillerne: _____ mg.

Antal oxycodonpiller gnm. 24 t: _____ stk.

Skriv præparatnavn, styrke (mg), og antal piller indtaget: _____

Har du indtaget andet**smertestillende?**

Ja

Nej

Dag 2 efter din operation (morgen)*Nedenstående spørgsmål drejer sig om hvordan du har haft det de sidste 24 timer.***Har du taget forsøgsmedicinen de sidste 24 timer, dvs. 1 pille hver 8. time? Sæt kryds**

Ja Nej

Hvis nej: Hvor mange piller forsøgsmedicin har du indtaget de sidste 24 timer? _____ stk.

Har du oplevet en eller flere af disse bivirkninger? Sæt kryds, gerne flere.

<input type="checkbox"/>	Sure opstød, halsbrand	<input type="checkbox"/>	Kvalme	<input type="checkbox"/>	Humørsvingninger	<input type="checkbox"/>	Hovedpine
<input type="checkbox"/>	Smerter/ubehag øverst i maven	<input type="checkbox"/>	Opkast	<input type="checkbox"/>	Mundtørhed	<input type="checkbox"/>	Ingen
<input type="checkbox"/>	Diarré	<input type="checkbox"/>	Forstoppelse	<input type="checkbox"/>	Søvnighed		

I forhold til din operation, hvad har din værste smerte været i løbet af de sidste 24 timer?**Sæt kryds.**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ingen
smerteVærst
tænkelig
smerte**Hvilken øvrig smertebehandling har du indtaget?**

Sæt kryds og udfyld dosis.

Har du indtaget paracetamol?

(f.eks. panodil, pamol, pinex mv.)

Ja

Nej

Dosis er ikke nødvendig at notere.

Har du indtaget morfin?

(f.eks. malfin, contalgin, doltard mv.)

Ja

Nej

Styrke på morfinpillerne: _____ mg.

Antal morfinpiller gnm. 24 t: _____ stk.

Har du indtaget oxycodon?

(f.eks. oxynorm, coxynon, oxycontin mv.)

Ja

Nej

Styrke på oxycodonpillerne: _____ mg.

Antal oxycodonpiller gnm. 24 t: _____ stk.

Skriv præparatnavn, styrke (mg), og antal piller indtaget: _____

Har du indtaget andet**smertestillende?**

Ja

Nej

Dag 3 efter din operation (morgen)

Nedenstående spørgsmål drejer sig om hvordan du har haft det de sidste 24 timer.

Har du taget forsøgsmedicinen de sidste 24 timer, dvs. 1 pille hver 8. time? Sæt kryds

Ja Nej

Hvis nej: Hvor mange piller forsøgsmedicin har du indtaget de sidste 24 timer? _____ stk.

Har du oplevet en eller flere af disse bivirkninger? Sæt kryds, gerne flere.

<input type="checkbox"/> Sure opstød, halsbrand	<input type="checkbox"/> Kvalme	<input type="checkbox"/> Humørsvingninger	<input type="checkbox"/> Hovedpine
<input type="checkbox"/> Smerter/ubehag øverst i maven	<input type="checkbox"/> Opkast	<input type="checkbox"/> Mundtørhed	<input type="checkbox"/> Ingen
<input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Forstoppelse	<input type="checkbox"/> Søvnighed	

I forhold til din operation, hvad har din værste smerte været i løbet af de sidste 24 timer?

Sæt kryds.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ingen
smerte

Værst
tænkelig
smerte

Hvilken øvrig smertebehandling har du indtaget?

Sæt kryds og udfyld dosis.

Har du indtaget paracetamol?
(f.eks. panodil, pamol, pinex mv.)

Ja

Nej

Dosis er ikke nødvendig at notere.

Har du indtaget morfin?
(f.eks. malfin, contalgin, doltard mv.)

Ja

Nej

Styrke på morfinpillerne: _____ mg.
Antal morfinpiller gnm. 24 t: _____ stk.

Har du indtaget oxycodon?
(f.eks. oxynorm, coxynon, oxycontin mv.)

Ja

Nej

Styrke på oxycodonpillerne: _____ mg.
Antal oxycodonpiller gnm. 24 t: _____ stk.

Skriv præparatnavn, styrke (mg), og antal piller indtaget: _____

**Har du indtaget andet
smertestillende?**

Ja

Nej

Dag 4 efter din operation (morgen)*Nedenstående spørgsmål drejer sig om hvordan du har haft det de sidste 24 timer.***Har du taget forsøgsmedicinen de sidste 24 timer, dvs. 1 pille hver 8. time? Sæt kryds**

Ja Nej

Hvis nej: Hvor mange piller forsøgsmedicin har du indtaget de sidste 24 timer? _____ stk.

Har du oplevet en eller flere af disse bivirkninger? Sæt kryds, gerne flere.

<input type="checkbox"/> Sure opstød, halsbrand	<input type="checkbox"/> Kvalme	<input type="checkbox"/> Humørsvingninger	<input type="checkbox"/> Hovedpine
<input type="checkbox"/> Smerter/ubehag øverst i maven	<input type="checkbox"/> Opkast	<input type="checkbox"/> Mundtørhed	<input type="checkbox"/> Ingen
<input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Forstoppelse	<input type="checkbox"/> Søvnighed	

I forhold til din operation, hvad har din værste smerte været i løbet af de sidste 24 timer?**Sæt kryds.**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ingen
smerteVærst
tænkelig
smerte**Hvilken øvrig smertebehandling har du indtaget?**

Sæt kryds og udfyld dosis.

Har du indtaget paracetamol?
(f.eks. panodil, pamol, pinex mv.)
Ja
Nej

Dosis er ikke nødvendig at notere.

Har du indtaget morfin?
(f.eks. malfin, contalgin, doltard mv.)
Ja
NejStyrke på morfinpillerne: _____ mg.
Antal morfinpiller gnm. 24 t: _____ stk.**Har du indtaget oxycodon?**
(f.eks. oxynorm, coxynon, oxycontin mv.)
Ja
NejStyrke på oxycodonpillerne: _____ mg.
Antal oxycodonpiller gnm. 24 t: _____ stk.Skriv præparatnavn, styrke (mg), og antal piller
indtaget: _____**Har du indtaget andet
smertestillende?**
Ja
Nej

Dag 5 efter din operation (morgen)*Nedenstående spørgsmål drejer sig om hvordan du har haft det de sidste 24 timer.***Har du taget forsøgsmedicinen de sidste 24 timer, dvs. 1 pille hver 8. time? Sæt kryds**

Ja Nej

Hvis nej: Hvor mange piller forsøgsmedicin har du indtaget de sidste 24 timer? _____ stk.

Har du oplevet en eller flere af disse bivirkninger? Sæt kryds, gerne flere.

<input type="checkbox"/> Sure opstød, halsbrand	<input type="checkbox"/> Kvalme	<input type="checkbox"/> Humørsvingninger	<input type="checkbox"/> Hovedpine
<input type="checkbox"/> Smerter/ubehag øverst i maven	<input type="checkbox"/> Opkast	<input type="checkbox"/> Mundtørhed	<input type="checkbox"/> Ingen
<input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Forstoppelse	<input type="checkbox"/> Søvnighed	

I forhold til din operation, hvad har din værste smerte været i løbet af de sidste 24 timer?**Sæt kryds.**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ingen
smerteVærst
tænkelig
smerte**Hvilken øvrig smertebehandling har du indtaget?**

Sæt kryds og udfyld dosis.

Har du indtaget paracetamol?
(f.eks. panodil, pamol, pinex mv.)

Ja

Nej

Dosis er ikke nødvendig at notere.

Har du indtaget morfin?
(f.eks. malfin, contalgin, doltard mv.)

Ja

Nej

Styrke på morfinpillerne: _____ mg.
Antal morfinpiller gnm. 24 t: _____ stk.**Har du indtaget oxycodon?**
(f.eks. oxynorm, coxynon, oxycontin mv.)

Ja

Nej

Styrke på oxycodonpillerne: _____ mg.
Antal oxycodonpiller gnm. 24 t: _____ stk.Skriv præparatnavn, styrke (mg), og antal piller
indtaget: _____**Har du indtaget andet
smertestillende?**

Ja

Nej

Dag 6 efter din operation (morgen)

Nedenstående spørgsmål drejer sig om hvordan du har haft det de sidste 24 timer.

Har du taget forsøgsmedicinen de sidste 24 timer, dvs. 1 pille hver 8. time? Sæt kryds

Ja Nej

Hvis nej: Hvor mange piller forsøgsmedicin har du indtaget de sidste 24 timer? _____ stk.

Har du oplevet en eller flere af disse bivirkninger? Sæt kryds, gerne flere.

<input type="checkbox"/> Sure opstød, halsbrand	<input type="checkbox"/> Kvalme	<input type="checkbox"/> Humørsvingninger	<input type="checkbox"/> Hovedpine
<input type="checkbox"/> Smerter/ubehag øverst i maven	<input type="checkbox"/> Opkast	<input type="checkbox"/> Mundtørhed	<input type="checkbox"/> Ingen
<input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Forstoppelse	<input type="checkbox"/> Søvnighed	

I forhold til din operation, hvad har din værste smerte været i løbet af de sidste 24 timer?

Sæt kryds.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ingen
smerte

Værst
tænkelig
smerte

Hvilken øvrig smertebehandling har du indtaget?

Sæt kryds og udfyld dosis.

Har du indtaget paracetamol?
(f.eks. panodil, pamol, pinex mv.)

Ja

Nej

Dosis er ikke nødvendig at notere.

Har du indtaget morfin?
(f.eks. malfin, contalgin, doltard mv.)

Ja

Nej

Styrke på morfinpillerne: _____ mg.
Antal morfinpiller gnm. 24 t: _____ stk.

Har du indtaget oxycodon?
(f.eks. oxynorm, coxynon, oxycontin mv.)

Ja

Nej

Styrke på oxycodonpillerne: _____ mg.
Antal oxycodonpiller gnm. 24 t: _____ stk.

Skriv præparatnavn, styrke (mg), og antal piller indtaget: _____

**Har du indtaget andet
smertestillende?**

Ja

Nej

Dag 7 efter din operation (morgen)*Nedenstående spørgsmål drejer sig om hvordan du har haft det de sidste 24 timer.***Har du taget forsøgsmedicinen de sidste 24 timer, dvs. 1 pille hver 8. time? Sæt kryds**

Ja Nej

Hvis nej: Hvor mange piller forsøgsmedicin har du indtaget de sidste 24 timer? _____ stk.

Har du oplevet en eller flere af disse bivirkninger? Sæt kryds, gerne flere.

<input type="checkbox"/> Sure opstød, halsbrand	<input type="checkbox"/> Kvalme	<input type="checkbox"/> Humørsvingninger	<input type="checkbox"/> Hovedpine
<input type="checkbox"/> Smerter/ubehag øverst i maven	<input type="checkbox"/> Opkast	<input type="checkbox"/> Mundtørhed	<input type="checkbox"/> Ingen
<input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Forstoppelse	<input type="checkbox"/> Søvnighed	

I forhold til din operation, hvad har din værste smerte været i løbet af de sidste 24 timer?**Sæt kryds.**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ingen
smerteVærst
tænkelig
smerte**Hvilken øvrig smertebehandling har du indtaget?**

Sæt kryds og udfyld dosis.

Har du indtaget paracetamol?
(f.eks. panodil, pamol, pinex mv.)

Ja

Nej

Dosis er ikke nødvendig at notere.

Har du indtaget morfin?
(f.eks. malfin, contalgin, doltard mv.)

Ja

Nej

Styrke på morfinpillerne: _____ mg.
Antal morfinpiller gnm. 24 t: _____ stk.**Har du indtaget oxycodon?**
(f.eks. oxynorm, coxynon, oxycontin mv.)

Ja

Nej

Styrke på oxycodonpillerne: _____ mg.
Antal oxycodonpiller gnm. 24 t: _____ stk.Skriv præparatnavn, styrke (mg), og antal piller
indtaget: _____**Har du indtaget andet
smertestillende?**

Ja

Nej

Dag 8 efter din operation (morgen)*Nedenstående spørgsmål drejer sig om hvordan du har haft det de sidste 24 timer.***Har du taget forsøgsmedicinen de sidste 24 timer, dvs. 1 pille hver 8. time? Sæt kryds**

Ja Nej

Hvis nej: Hvor mange piller forsøgsmedicin har du indtaget de sidste 24 timer? _____ stk.

Har du oplevet en eller flere af disse bivirkninger? Sæt kryds, gerne flere.

<input type="checkbox"/> Sure opstød, halsbrand	<input type="checkbox"/> Kvalme	<input type="checkbox"/> Humørsvingninger	<input type="checkbox"/> Hovedpine
<input type="checkbox"/> Smerter/ubehag øverst i maven	<input type="checkbox"/> Opkast	<input type="checkbox"/> Mundtørhed	<input type="checkbox"/> Ingen
<input type="checkbox"/> Diarré	<input type="checkbox"/> Forstoppelse	<input type="checkbox"/> Søvnighed	

I forhold til din operation, hvad har din værste smerte været i løbet af de sidste 24 timer?**Sæt kryds.**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ingen
smerteVærst
tænkelig
smerte**Hvilken øvrig smertebehandling har du indtaget?**

Sæt kryds og udfyld dosis.

Har du indtaget paracetamol?

(f.eks. panodil, pamol, pinex mv.)

Ja

Nej

Dosis er ikke nødvendig at notere.

Har du indtaget morfin?

(f.eks. malfin, contalgin, doltard mv.)

Ja

Nej

Styrke på morfinpillerne: _____ mg.

Antal morfinpiller gnm. 24 t: _____ stk.

Har du indtaget oxycodon?

(f.eks. oxynorm, coxynon, oxycontin mv.)

Ja

Nej

Styrke på oxycodonpillerne: _____ mg.

Antal oxycodonpiller gnm. 24 t: _____ stk.

Skriv præparatnavn, styrke (mg), og antal piller indtaget: _____

Har du indtaget andet**smertestillende?**

Ja

Nej
