**MAVEPINEDAGBOG**

Smerteskala fra 1-10, hvor 1 er ganske lidt ondt og hvor 10 er de værst tænkelige smerter

Navn: CPR-nr:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ugedag og dato** | **Ondt i maven fra kl. til kl.** | **Smerteskala fra 1-10** | **Blev hjemme** | **Andre symptomer, eks. kvalme, diarré, feber** | **Eventuelle fødevarer der kan forbindes med smerten** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |