

**Subjektiv scoreskema (abstinenssymptomer)**  
**Brugerens vurdering af symptomer i opstarten**

Brugerens navn \_\_\_\_\_ Cpr.nr. \_\_\_\_\_ - xxxx

Dato \_\_\_\_\_

Sæt cirkel omkring det svar, der bedst passer til den måde, du har det på nu

	SLET IKKE				MEGET
	0	1	2	3	4
Jeg er urolig	0	1	2	3	4
Jeg har lyst til at gabe	0	1	2	3	4
Jeg sveder	0	1	2	3	4
Min næse løber, og/eller mine øjne løber i vand	0	1	2	3	4
Jeg har gåsehud og/eller kulderystelser	0	1	2	3	4
Jeg har kvalme eller har det, som om jeg skal kaste op	0	1	2	3	4
Jeg har mavekramper og/eller diarré	0	1	2	3	4
Mine muskler sitrer	0	1	2	3	4
Jeg føler mig dehydreret og/eller har ikke haft megen appetit	0	1	2	3	4
Jeg har svært ved at sove	0	1	2	3	4
Jeg har hovedpine	0	1	2	3	4
Mine muskler og knogler gør ondt	0	1	2	3	4
Jeg har lyst til at misbruge lige nu	0	1	2	3	4
Jeg vurderer mit generelle abstinensniveau som....	0	1	2	3	4
Føler du, at du har behov for en ændret dosis?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Op <input type="checkbox"/> Ned				
Har du brugt alkohol eller andre stoffer siden dit sidste besøg? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Hvis "Ja", så beskriv hvad, hvornår og hvor meget.					

Hvis du oplever andre symptomer eller bivirkninger, så skriv dem ned her:

---



---



---



---