

SKEMA

Kontrol

SPEEDTAP-studiet

Randomiseret, kontrolleret forsøg

Randomiseringsnummer: _____

Forsøgspersoninitialer: _____

Hospital: _____

Kontakt













Sandra Thun Langsted
Læge og Ph.d.-studerende

sandln@rm.dk

+45 20276512




**MÅ IKKE SMIDES UD. SKAL LIGGES I DEN GULE KURVERT OG
SENDES RETUR MED INTERN POST – OGSÅ SELVOM DEN IKKE
ER UDFYLDT**

Skala til vurdering af brystubehag og åndenød

Rubrik 1	Før procedurestart
<p>Brystubehag</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p>1= ingen brystubehag 10= værst tænkelige brystubehag</p> <p>  </p> <p>Åndenød</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p>1= ingen åndenød 10= værst tænkelige åndenød</p> <p>  </p>	
Rubrik 2	Når drænet er lagt og produceren er færdig
<p>Brystubehag</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p>1= ingen brystubehag 10= værst tænkelige brystubehag</p> <p>  </p> <p>Åndenød</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p>1= ingen åndenød 10= værst tænkelige åndenød</p> <p>  </p>	

DATO FOR DRÆNFJERNELSE _____

TIDSPUNKT FOR DRÆNFJERNELSE _____

Rubrik 3	Efter fjernelse af drænet									
Brystubehag										
<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"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>1= ingen brystubehag</i>										<i>10= værst tænkelige brystubehag</i>
										
										Åndenød
<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"/>	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>1= ingen åndenød</i>										<i>10= værst tænkelige åndenød</i>
