**Lütfen kök kanal tedavisinin 2. seansı sonrası ilgili saatlerdeki ağrı derecenizi ve ağrı kesici alımınızı işaretleyiniz:**

(0:Yok / 1,2,3: Hafif / 4,5,6: Orta / 7-8-9-10: Ciddi)

**Tedaviden sonraki 8 saat:**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

**Ağrı kesici aldınız mı?**

Evet □ Hayır □

**Tedaviden sonraki 24 saat:**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

**Ağrı kesici aldınız mı?**

Evet □ Hayır □

**Tedaviden sonraki 48 saat:**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

**Ağrı kesici aldınız mı?**

Evet □ Hayır □

**Tedaviden sonraki 7 gün:**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

**Ağrı kesici aldınız mı?**

Evet □ Hayır □