

Dygnsbok vid utprovning av tyngdtäcke för sinnesstimulering

Dygnsboken fylls i för att ha som underlag vid utvärderingen.

Dygnsbok före utprovningen (cirka en vecka)

Förskrivaren och personen själv, närstående eller personal fyller i den tillsammans för att beskriva situationen utan tyngdtäcket.

Dygnsbok under utprovning vecka 1 och 2.

Under utprovningsveckorna fyller personen själv, närstående eller personal i dygnsboken för att beskriva situationen med tyngdtäcket.

Instruktioner

Se bruksanvisning som följer med täcket.

Brukare

Namn:

Personnr:

Närstående eller personal

Namn:

Förskrivare

Namn:

Yrke:

Tel:

Tyngdtäcke:.....

Vikt:.....

ID:.....

Dygnsbok före utprovning: Namn _____ Personnr _____

Beskrivning av situationen utan tyngdtäcket.

Datum:.....

Hur har nedsatt sömnfunktion och dygnsrytm påverkat aktiviteter och delaktighet i det dagliga livet:.....

.....

Sömmönster

Svara på följande värderingar genom att sätta ett X på linjen där det stämmer bäst.

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Sover utan att vakna | ← 1 2 3 4 5 → | Vaknar ofta |
| Sover avspänt, avslappnat | ← 1 2 3 4 5 → | Är spänd nattetid |
| Sover lugnt utan ångest | ← 1 2 3 4 5 → | Har ångest |
| Sover lugnt utan oro i kroppen | ← 1 2 3 4 5 → | Känner oro i kroppen (t ex kliver upp ur sängen) |
| Känner ingen smärta | ← 1 2 3 4 5 → | Känner smärta |

Annat:.....

.....

Insomningstid.....

Vakenhet och andra sinnestillstånd under dagtid

Svara på följande värderingar genom att sätta ett X på linjen där det stämmer bäst.

| | | |
|---------------------|---|------------------|
| Är vaken, pigg | ← 1 2 3 4 5 → | Är trött |
| Är koncentrerad | ← 1 2 3 4 5 → | Okoncentrerad |
| Har ingen ångest | ← 1 2 3 4 5 → | Har ångest |
| Är avslappnad | ← 1 2 3 4 5 → | Är spänd |
| Är lugn | ← 1 2 3 4 5 → | Är arg/irriterad |
| Känner ingen smärta | ← 1 2 3 4 5 → | Känner smärta |

Annat.....

Dygnsbok under utprovning, vecka 1: Namn _____ Personnr _____

Datum

Har du blivit mer aktiv under dagen, beskriv på vilket sätt:.....

.....

Täcket har använts nattetid: Ja Nej

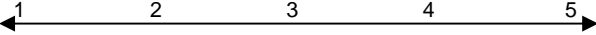
Om ja, på vilket sätt: Som insomningshjälpmedel Ja Insomningstid

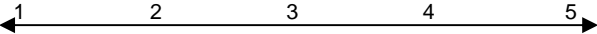
Hela natten Ja

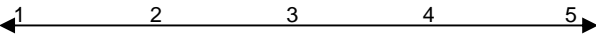
Annat

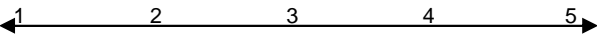
Sömnmönster

Svara på följande värderingar genom att sätta ett X på linjen där det stämmer bäst.

Sover utan att vakna  Vaknar ofta

Sover avspänt, avslappnat  Är spänd nattetid

Sover lugnt utan ångest  Har ångest

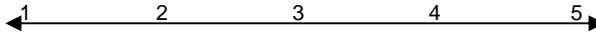
Sover lugnt utan oro i kroppen  Är orolig (t ex kliver upp ur sängen)

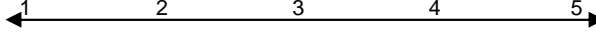
Känner ingen smärta  Känner smärta

Annat.....

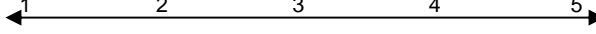
Vakenhet och andra sinnestillstånd under dagtid

Svara på följande värderingar genom att sätta ett X på linjen där det stämmer bäst.

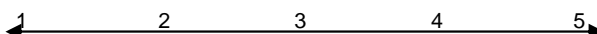
Är vaken, pigg  Är trött

Är koncentrerad  Är okoncentrerad, orolig

Har ingen ångest  Har ångest

Är avslappnad  Är spänd

Är lugn  Är arg/irriterad

Känner ingen smärta  Känner smärta

Annat.....

Täcket har använts dagtid: Ja Nej

Om ja, i vilka situationer:

Sett på TV Läst/lyssnat på en bok

Lyssnat på musik/radio Som avslappning

Annat

Dygnsbok under utprovning, vecka 2: Namn _____ Personnr _____

Datum

Har du blivit mer aktiv under dagen, beskriv på vilket sätt:.....

.....

Täcket har använts nattetid: Ja Nej

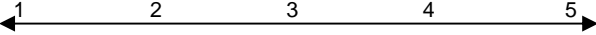
Om ja, på vilket sätt: Som insomningshjälpmedel Ja Insomningstid

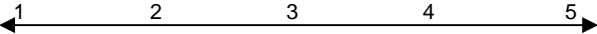
Hela natten Ja

Annat

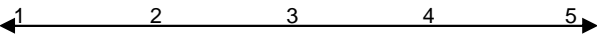
Sömnmönster

Svara på följande värderingar genom att sätta ett X på linjen där det stämmer bäst.

Sover utan att vakna  Vaknar ofta

Sover avspänt, avslappnat  Är spänd nattetid

Sover lugnt utan ångest  Har ångest

Sover lugnt utan oro i kroppen  Är orolig (t ex kliver upp ur sängen)

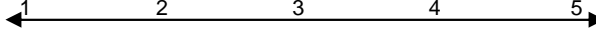
Känner ingen smärta  Känner smärta

Annat.....

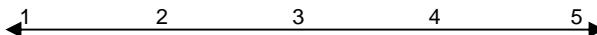
Vakenhet och andra sinnestillstånd under dagtid

Svara på följande värderingar genom att sätta ett X på linjen där det stämmer bäst.

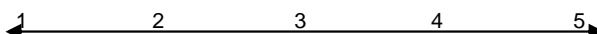
Är vaken, pigg  Är trött

Är koncentrerad  Är okoncentrerad, orolig

Har ingen ångest  Har ångest

Är avslappnad  Är spänd

Är lugn  Är arg/irriterad

Känner ingen smärta  Känner smärta

Annat.....

Täcket har använts dagtid: Ja Nej

Om ja, i vilka situationer:

Sett på TV Läst/lyssnat på en bok

Lyssnat på musik/radio Som avslappning

Annat