

Bedömningsunderlag för tyngdtäcke

Namn: _____ Personnummer: _____

Bedömningen utförd av: _____ Datum: _____

Orsak till utprovning av tyngdtäcke:

Motorisk oro	<input type="checkbox"/>	Självskadebeteende	<input type="checkbox"/>
Psykisk oro	<input type="checkbox"/>	Taktil överkänslighet	<input type="checkbox"/>
Koncentrationssvårigheter	<input type="checkbox"/>	Ofrivilliga rörelser	<input type="checkbox"/>
Sömnpromblem	<input type="checkbox"/>	Spasticitet	<input type="checkbox"/>
Ångest	<input type="checkbox"/>	Smärta	<input type="checkbox"/>

Annan orsak: _____

Kommentar: _____

1. Medicinsk bakgrund: _____

2. Sömn under dagen:

Ja

Nej

Om ja, När på dygnet, hur länge och var: _____

Kommentar: _____

3. Har du kontroll på dygnets tider (dygnsrytm)?

Ja på vilket sätt _____

Nej beror på att _____

4. Miljön i rummet; buller, värme, belysning, telefon, ljus/mörkläggnig etc

Beskriv miljön: _____

5. Är du:

Varm av dig

Kall av dig

6. Beskriv hur gör du idag för att somna/somna om:

7. Vad är ditt mål med att använda tyngdtäcke

8. När ska täcket användas?

Dagtid i sängen

Nattetid

Sittande dagtid t ex rullstol, fätölj

Kommentar: _____

9. Vilken typ av tyngdtäcke ska användas?

Typ: _____

Vikt: _____

10. Utvärdering av tyngdtäcket

Varje dag

Efter ____ veckor

Uppföljning

Datum _____

11. Övrigt _____




Utan tyngdtäcke

Namn: _____ Personnummer: _____

Uppgiftslämnare: _____ Datum: _____

Värdera genom att sätta kryss på linjen där det stämmer bäst:




Natten


				
Vaknar ofta	1	5	10	Vaknar ej
Spänd	1	5	10	Avslappnad
Orolig	1	5	10	Lugn
Vaknar utmattad	1	5	10	Vaknar utvilad
Ofrivilliga rörelser	1	5	10	Få ofrivilliga rörelser

				
Smärta: Ingen	1	5	10	Stark

Insomningstid: _____ minuter

Dagen

				
Trött	1	5	10	Vaken, pigg
Okoncentrerad	1	5	10	Koncentrerad
Spänd	1	5	10	Avslappnad
Orolig	1	5	10	Lugn
Ofrivilliga rörelser	1	5	10	Få ofrivilliga rörelser

				
Smärta: Ingen	1	5	10	Stark

Kommentar: _____

Med tyngdtäcke

Namn: _____ Personnummer: _____

Bedömningen utförd av: _____ Datum: _____

Natten

Använt tyngdtäcket på natten:

Ja

Nej

Varje natt:

Ja

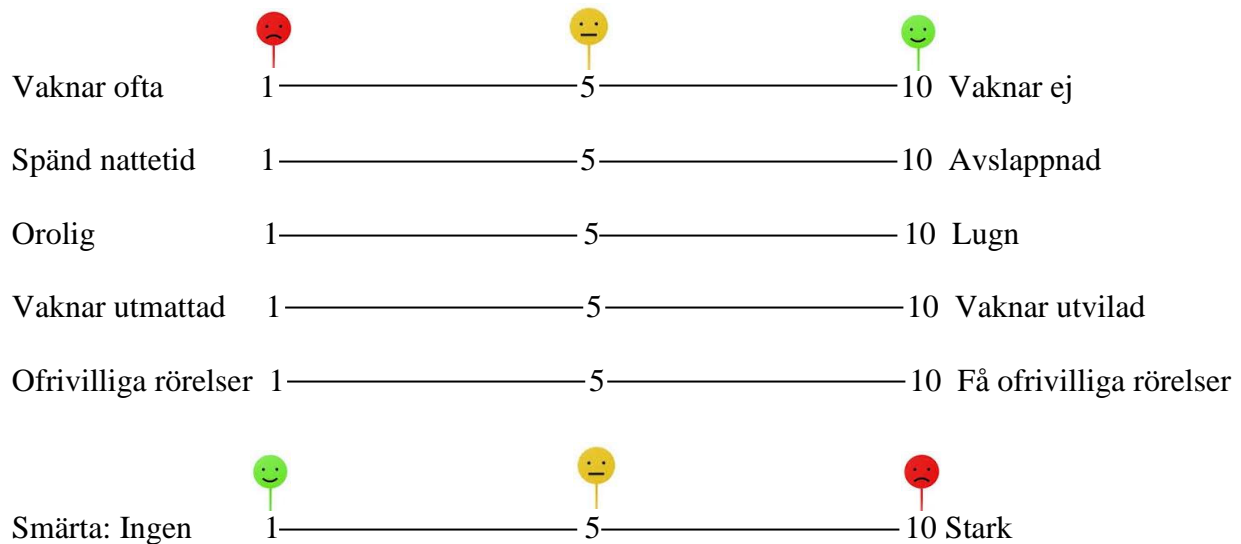
Nej

Som insomningshjälp

Hela natten

Annat

Värdera genom att sätta kryss på linjen där det stämmer bäst



Insomningstid: _____ minuter

Övrigt _____

Dagen

Använt tyngdtäcket på dagtid

Ja

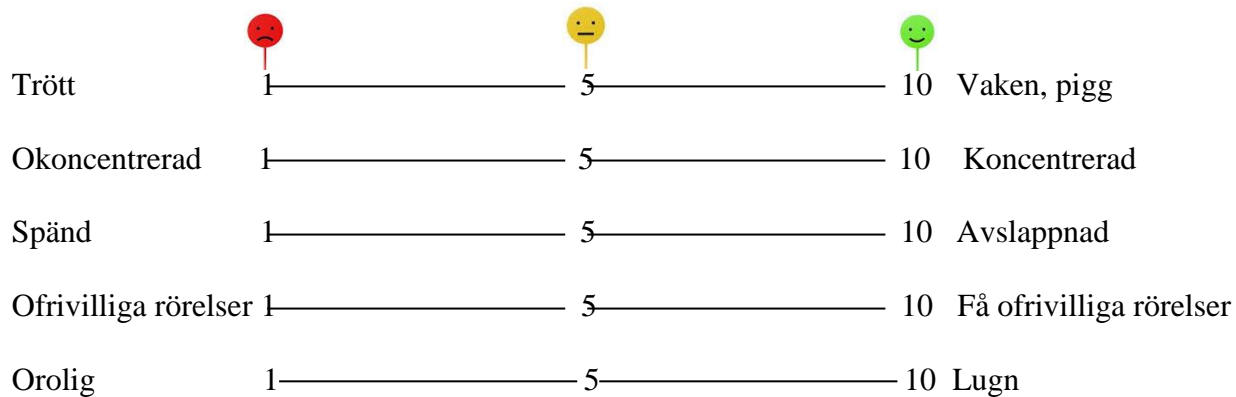
Nej

Varje dag

Ja

Nej

Om ja, på vilket sätt ex vid TV, innan aktivitet, lyssna på musik etc



Övrigt
