

Checklista Natt och dagbok med tyngdtäcke

Har du använt tyngdtäcke nattetid?

Datum.....Vecka.....

Ja Nej

Om Ja, på vilket sätt?

Som insomningshjälp Hela natten Annat:

Under hur lång tid/tillfälle?:

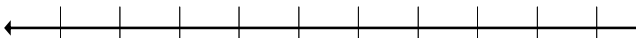
Insomningstid?:


Ange orsak till insomningssvårigheter:


Nattetid

Vaknar ofta  Sover utan att vakna

Är spänd nattetid  Sover avspänt, avslappnat

Är orolig t ex kliver upp, ofrivilliga rörelser  Sover lugnt

Trött  Utvilad

Annat: 

Vaknar nattetid? Hur lång tid tar det att somna om?

Har du använt tyngdtäcke dagtid?

Ja Nej

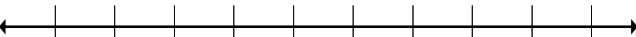
Om ja, i vilka situationer (sätt kryss i de aktiviteter som stämmer)

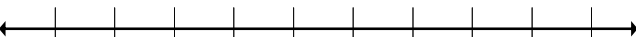
Se på TV Läsa /lyssna på bok Lyssna på musik/radio

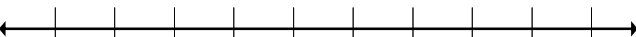
Som avslappning Vid annan/andra aktiviteter

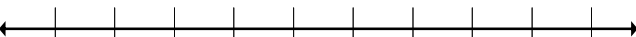
Kommentar:

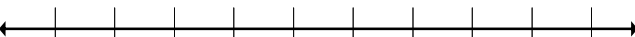
Dagtid

Orolig  Lugn

Okoncentrerad  Koncentrerad

Inaktiv  Aktiv

Trött  Utvilad

Annat: 

Tecken på överstimulering? (t ex sover för mycket, känner sig fastlåst, blir hyperaktiv)

Ja Nej

Kommentar:

Förskrivning av hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning

Dokument-Id VARD-5-4140	Version 2.0	Godkänt datum 2016-03-29	Sida 1 av 1
----------------------------	----------------	-----------------------------	----------------