

Utprovning av tyngdväst (bilaga till riktlinjen 042718 Hjälpmedel för stimulering av sinnen och känslighet)

Fylls i för att ha som underlag vid utvärderingen.

Före utprovningen

Beskriv situationen utan tyngdväst genom att fylla i aktuell blankett (förskrivare, personen själv, närstående eller personal).

Utvärdering efter 1-2 månader.

Beskriv situationen med tyngdväst genom att fylla i aktuell blankett (förskrivare, personen själv, närstående eller personal).

Instruktioner

Se bruksanvisning som följer med västen alternativt på leverantörens hemsida.

Patient

Namn:

Personnr:

Närstående eller personal

Namn:

Förskrivare

Namn:

Yrke:

Tel:

Tyngdväst:.....

Storlek:.....

ID-nr:.....

Utprovning av tyngdväst

Namn:

Personnr:

Datum:.....

Beskriv situationen utan tyngdväst:**Svara på följande värderingar genom att sätta ett X på linjen där det stämmer bäst.**

Rofylld/harmonisk	←—————→	Oro/ångestfylld
Motoriskt lugn	←—————→	Motoriskt orolig
Bra kroppsuppfattning	←—————→	Svårt med kroppsuppfattning
Avslappnad	←—————→	Spänd
Mycket energi, dagtid	←—————→	Lite energi, dagtid
Lätt att koncentrera sig	←—————→	Svårt att koncentrera sig
Humör, positiv	←—————→	Humör, nedstämd
Bra kroppshållning	←—————→	Svårt med kroppshållning

Annat.....

Utvärdering av tyngdväst efter 1-2 månader:

Namn:

Personnr:

Datum:

I vilka sammanhang har tyngdvästen använts:

- Vid fysisk aktivitet
- Vid stillasittande aktivitet/arbete
- Vid matbordet
- I sociala sammanhang
- I affärer
- Vid bilåkning/buss/tåg (gäller endast fiberväst)
- Annat

Annat

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

Rofylld/harmonisk	←—————→	Oro/Ångestfylld
Motoriskt lugn	←—————→	Motoriskt orolig
Bra kroppsuppfattning	←—————→	Svårt med kroppsuppfattning
Avslappnad	←—————→	Spänd
Mycket energi, dagtid	←—————→	Lite energi, dagtid
Lätt att koncentrera sig	←—————→	Svårt att koncentrera sig
Humör, positiv	←—————→	Humör, nedstämd
Bra kroppshållning	←—————→	Svårt med kroppshållning

Annat.....