

**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        | ← 1      2      3      4      5 → | Oro/ångestfylld             |
| Motoriskt lugn           | ← 1      2      3      4      5 → | Motoriskt orolig            |
| Bra kroppsuppfattning    | ← 1      2      3      4      5 → | Svårt med kroppsuppfattning |
| Avslappnad               | ← 1      2      3      4      5 → | Spänd                       |
| Mycket energi, dagtid    | ← 1      2      3      4      5 → | Lite energi, dagtid         |
| Lätt att koncentrera sig | ← 1      2      3      4      5 → | Svårt att koncentrera sig   |
| Humör, positiv           | ← 1      2      3      4      5 → | Humör, nedstämd             |
| Bra kroppshållning       | ← 1      2      3      4      5 → | 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         | ← 1      2      3      4      5 → | Oro/Ångestfylld             |
| Motoriskt lugn            | ← 1      2      3      4      5 → | Motoriskt orolig            |
| Bra kroppsuppfattning     | ← 1      2      3      4      5 → | Svårt med kroppsuppfattning |
| Avslappnad                | ← 1      2      3      4      5 → | Spänd                       |
| Mycket energi, dagtid     | ← 1      2      3      4      5 → | Lite energi, dagtid         |
| Lätta att koncentrera sig | ← 1      2      3      4      5 → | Svårt att koncentrera sig   |
| Humör, positiv            | ← 1      2      3      4      5 → | Humör, nedstämd             |
| Bra kroppshållning        | ← 1      2      3      4      5 → | Svårt med kroppshållning    |

Annat.....