

Rutin för ifyllande av natt/dagbok för utvärdering av tyngdtäcke (bolltäcke/kedjetäcke)

Brukarens namn:	Personnummer:
Förskrivare:	Arbetsplats och tel.nr:



Natt/dagbok

(fylls i av brukare eller anhörig/personal)

Instruktioner: Att skriva natt/dagbok innebär att svara på ett antal värderingsfrågor genom att sätta ett kryss på en linje där påståendet stämmer bäst för dig. Detta görs antingen i slutet av varje vecka eller så kan du sätta ett kryss på linjen varje dag i veckan. Din arbetsterapeut går igenom med dig hur du ska fylla i natt/dagboken.

Eftersom personer med olika typer av besvär provar tyngdtäcke kan en del frågor verka främmande. Har du inte problem inom något område i vanliga fall, exempelvis med ”ofrivilliga rörelser”, behöver du naturligtvis inte svara på den frågan.

Är det något problem kopplat till sömnen, men som saknas bland frågorna, så kan du föra in det under ”annat”. Det finns även plats för dina ev. kommentarer.

Har du ytterligare frågor om hur du ska fylla i natt/dagboken tag kontakt med din förskrivare (arbetsterapeut).

Natt/dagbok UTAN tyngdtäcke

Natt/dagbok förs under en vecka när du använder ditt vanliga täcke.

Natt/dagbok MED tyngdtäcke

Fortsätt att föra natt/dagbok under 4 veckor när du använder tyngdtäcke. Samma frågor som under första veckan ska nu besvaras för att se om det blir någon skillnad mot tidigare.

Lämna sedan den ifyllda natt/dagboken till din förskrivare. Förskrivaren utvärderar effekten av tyngdtäcket och tar ställning till eventuell förskrivning.



Nattbok UTAN tyngdtäcke (dvs med det vanliga täcket)

Namn	Datum
Personnummer	
Ungefärlig insomningstid.....min	

**Sömmönster
natttid**

Vaknar ofta ←————→ Sover utan att vakna

Är spänd natttid ←————→ Sover avspänt, avslappnat

Är orolig t ex kliver ur sängen, har mardrömmar ←————→ Sover lugnt

Många ofrivilliga rörelser ←————→ Få ofrivilliga rörelser

Smärta

Stark smärta ←————→ Ingen smärta

Annat.....

Mycket ←————→ Lite

Kommentar (t ex sömnmedicinering):.....
.....
.....



Dagbok UTAN tyngdtäcke (dvs med det vanliga täcket)

Namn	Datum
Personnummer	

**Allmäntillstånd
dagtid**

Trött \longleftrightarrow Vaken, pigg

Okoncentrerad \longleftrightarrow Koncentrerad

Orolig \longleftrightarrow Avslappnad

Många ofrivilliga rörelser \longleftrightarrow Få ofrivilliga rörelser

Smärta

Stark smärta \longleftrightarrow Ingen smärta

Annat

Mycket \longleftrightarrow Lite

Kommentar:

.....

.....



Namn	Datum
Personnummer	
Hur har du använt täcket? <input type="checkbox"/> varje natt ellerantal nätter <input type="checkbox"/> som insomningshjälpmedel eller <input type="checkbox"/> hela natten	
Ungefärlig insomningstid.....min	

**Sömmönster
natttid**

Vaknar ofta ←————→ Sover utan att vakna

Är spänd natttid ←————→ Sover avspänt, avslappnat

Är orolig t ex kliver ur sängen, har mardrömmar ←————→ Sover lugnt

Många ofrivilliga rörelser ←————→ Få ofrivilliga rörelser

Smärta

Stark smärta ←————→ Ingen smärta

Annat.....

Mycket ←————→ Lite

Kommentar (t ex sömnmedicinering):.....
.....



Namn	Datum
Personnummer	

**Allmäntillstånd
dagtid**

Trött ←————→ Vaken, pigg

Okoncentrerad ←————→ Koncentrerad

Orolig ←————→ Avslappnad

Många ofrivilliga rörelser ←————→ Få ofrivilliga rörelser

Smärta

Stark smärta ←————→ Ingen smärta

Annat.....

Mycket ←————→ Lite

Kommentar:.....
.....
.....
.....



Namn	Datum
Personnummer	
Hur har du använt täcket? <input type="checkbox"/> varje natt ellerantal nätter	
<input type="checkbox"/> som insomningshjälpmedel eller <input type="checkbox"/> hela natten	
Ungefärlig insomningstid.....min	

**Sömmönster
natttid**

Vaknar ofta ←————→ Sover utan att vakna

Är spänd natttid ←————→ Sover avspänt, avslappnat

Är orolig t ex kliver ur sängen, har mardrömmar ←————→ Sover lugnt

Många ofrivilliga rörelser ←————→ Få ofrivilliga rörelser

Smärta

Stark smärta ←————→ Ingen smärta

Annat.....

Mycket ←————→ Lite

Kommentar (t ex sömnmedicinering):.....

.....



Namn	Datum
Personnummer	

**Allmäntillstånd
dagtid**

Trött ←————→ Vaken, pigg

Okoncentrerad ←————→ Koncentrerad

Orolig ←————→ Avslappnad

Många ofrivilliga rörelser ←————→ Få ofrivilliga rörelser

Smärta

Stark smärta ←————→ Ingen smärta

Annat.....

Mycket ←————→ Lite

Kommentar:.....

.....

.....

.....



Namn	Datum
Personnummer	
Hur har du använt täcket? <input type="checkbox"/> varje natt ellerantal nätter <input type="checkbox"/> som insomningshjälpmedel eller <input type="checkbox"/> hela natten	
Ungefärlig insomningstid.....min	

**Sömmönster
natttid**

Vaknar ofta ←————→ Sover utan att vakna

Är spänd natttid ←————→ Sover avspänt, avslappnat

Är orolig t ex kliver ur sängen, har mardrömmar ←————→ Sover lugnt

Många ofrivilliga rörelser ←————→ Få ofrivilliga rörelser

Smärta

Stark smärta ←————→ Ingen smärta

Annat.....

Mycket ←————→ Lite

Kommentar (t ex sömnmedicinering):.....

.....



Namn	Datum
Personnummer	
Hur har du använt täcket? <input type="checkbox"/> varje natt ellerantal nätter <input type="checkbox"/> som insomningshjälpmedel eller <input type="checkbox"/> hela natten	
Ungefärlig insomningstid.....min	

**Sömmönster
natttid**

Vaknar ofta ←————→ Sover utan att vakna

Är spänd natttid ←————→ Sover avspänt, avslappnat

Är orolig t ex kliver ur sängen, har mardrömmar ←————→ Sover lugnt

Många ofrivilliga rörelser ←————→ Få ofrivilliga rörelser

Smärta

Stark smärta ←————→ Ingen smärta

Annat.....

Mycket ←————→ Lite

Kommentar (t ex sömnmedicinering):.....

.....



Namn	Datum
Personnummer	

**Allmäntillstånd
dagtid**

Trött ←————→ Vaken, pigg

Okoncentrerad ←————→ Koncentrerad

Orolig ←————→ Avslappnad

Många ofrivilliga rörelser ←————→ Få ofrivilliga rörelser

Smärta

Stark smärta ←————→ Ingen smärta

Annat.....

Mycket ←————→ Lite

Kommentar:.....
.....
.....
.....