

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 skriva den siffra som motsvarar det påstående som stämmer bäst för dig. Detta görs 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 i de tomma rutorna. 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.

Namn	Personnummer	Datum/vecka
Hur har täcket använts?		<input type="checkbox"/> hela natten <input type="checkbox"/> som insomningshjälpmedel <input type="checkbox"/> annat.....



Nattbok UTAN tyngdtäcke, dvs med det vanliga täcket

Beskriv ditt sömnmönster nattetid genom att skriva en siffra i kolumnerna nedan

(1=inte alls 2=i liten omfattning 3=något 4=ganska mycket 5=mycket)

	Sön/Måndag	Mån/Tisdag	Tis/Onsdag	Ons/Torsdag	Tors/Fredag	Fre/Lördag	Lör/Söndag
Vaknar på natten							
Är spänd							
Är orolig, t ex kliver ur sängen, har mardrömmar							
Har ofrivilliga rörelser							
Smärta							

Fyll även i

Tid för sänggående	kl	kl	kl	kl	kl	kl	kl
Tid för uppstigande	kl	kl	kl	kl	kl	kl	kl
Ungefärlig insomningstid	min	min	min	min	min	min	min

Kommentar (t ex sömnmedicinering).....

.....

.....

Namn	Datum/vecka
Personnummer	



Dagbok UTAN tyngdtäcke, dvs med det vanliga täcket

Beskriv ditt allmäntillstånd/hur du känt dig under dagen genom att skriva en siffra i kolumnerna nedan
(1=inte alls 2=i liten omfattning 3=något 4=ganska mycket 5=mycket)

	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag	Söndag
Trött							
Okoncentrerad							
Orolig							
Ofrivilliga rörelser							
Smärta							

Kommentar

.....

.....

.....



Nattbok MED tyngdtäcke, vecka 1

Namn	Personnummer	Datum/vecka
Hur har täcket använts?	<input type="checkbox"/> hela natten <input type="checkbox"/> annat.....	<input type="checkbox"/> som insomningshjälpmedel

Beskriv ditt sömnmönster nattetid genom att skriva en siffra i kolumnerna nedan
(1=inte alls 2=i liten omfattning 3=något 4=ganska mycket 5=mycket)

	Sön/Måndag	Mån/Tisdag	Tis/Onsdag	Ons/Torsdag	Tors/Fredag	Fre/Lördag	Lör/Söndag
Vaknar på natten							
Är spänd							
Är orolig, t ex kliver ur sängen, har mardrömmar							
Har ofrivilliga rörelser							
Smärta							

Fyll även i

Tid för sänggående	kl	kl	kl	kl	kl	kl	kl
Tid för uppstigande	kl	kl	kl	kl	kl	kl	kl
Ungefärlig insomningstid	min	min	min	min	min	min	min

Kommentar (t ex sömnmedicinering).....

.....

.....



Dagbok MED tyngdtäcke, vecka 1

Namn	Datum/vecka
Personnummer	

Beskriv ditt allmäntillstånd/hur du känt dig under dagen genom att skriva en siffra i kolumnerna nedan
(1=inte alls 2=i liten omfattning 3=något 4=ganska mycket 5=mycket)

	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag	Söndag
Trött							
Okoncentrerad							
Orolig							
Ofrivilliga rörelser							
Smärta							

Kommentar

.....

.....

.....



Nattbok MED tyngdtäcke, vecka 2

Namn	Personnummer	Datum/vecka
Hur har täcket använts?		<input type="checkbox"/> hela natten <input type="checkbox"/> som insomningshjälpmedel <input type="checkbox"/> annat.....

Beskriv ditt sömnmönster nattetid genom att skriva en siffra i kolumnerna nedan
(1=inte alls 2=i liten omfattning 3=något 4=ganska mycket 5=mycket)

	Sön/Måndag	Mån/Tisdag	Tis/Onsdag	Ons/Torsdag	Tors/Fredag	Fre/Lördag	Lör/Söndag
Vaknar på natten							
Är spänd							
Är orolig, t ex kliver ur sängen, har mardrömmar							
Har ofrivilliga rörelser							
Smärta							

Fyll även i

Tid för sänggående	kl	kl	kl	kl	kl	kl	kl
Tid för uppstigande	kl	kl	kl	kl	kl	kl	kl
Ungefärlig insomningstid	min	min	min	min	min	min	min

Kommentar (t ex sömnmedicinering).....

.....

.....



Dagbok MED tyngdtäcke, vecka 2

Namn	Datum/vecka
Personnummer	

Beskriv ditt allmäntillstånd/hur du känt dig under dagen genom att skriva en siffra i kolumnerna nedan
(1=inte alls 2=i liten omfattning 3=något 4=ganska mycket 5=mycket)

	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag	Söndag
Trött							
Okoncentrerad							
Orolig							
Ofrivilliga rörelser							
Smärta							

Kommentar

.....

.....

.....



Nattbok MED tyngdtäcke, vecka 3

Namn	Personnummer	Datum/vecka
Hur har täcket använts?	<input type="checkbox"/> hela natten <input type="checkbox"/> annat.....	<input type="checkbox"/> som insomningshjälpmedel

Beskriv ditt sömnmönster nattetid genom att skriva en siffra i kolumnerna nedan
(1=inte alls 2=i liten omfattning 3=något 4=ganska mycket 5=mycket)

	Sön/Måndag	Mån/Tisdag	Tis/Onsdag	Ons/Torsdag	Tors/Fredag	Fre/Lördag	Lör/Söndag
Vaknar på natten							
Är spänd							
Är orolig, t ex kliver ur sängen, har mardrömmar							
Har ofrivilliga rörelser							
Smärta							

Fyll även i

Tid för sänggående	kl	kl	kl	kl	kl	kl	kl
Tid för uppstigande	kl	kl	kl	kl	kl	kl	kl
Ungefärlig insomningstid	min	min	min	min	min	min	min

Kommentar (t ex sömnmedicinering).....

.....

.....



Dagbok MED tyngdtäcke, vecka 3

Namn	Datum/vecka
Personnummer	

Beskriv ditt allmäntillstånd/hur du känt dig under dagen genom att skriva en siffra i kolumnerna nedan
(1=inte alls 2=i liten omfattning 3=något 4=ganska mycket 5=mycket)

	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag	Söndag
Trött							
Okoncentrerad							
Orolig							
Ofrivilliga rörelser							
Smärta							

Kommentar

.....

.....

.....



Nattbok MED tyngdtäcke, vecka 4

Namn	Personnummer	Datum/vecka
Hur har täcket använts?		<input type="checkbox"/> hela natten <input type="checkbox"/> som insomningshjälpmedel <input type="checkbox"/> annat.....

Beskriv ditt sömnmönster nattetid genom att skriva en siffra i kolumnerna nedan

(1=inte alls 2=i liten omfattning 3=något 4=ganska mycket 5=mycket)

	Sön/Måndag	Mån/Tisdag	Tis/Onsdag	Ons/Torsdag	Tors/Fredag	Fre/Lördag	Lör/Söndag
Vaknar på natten							
Är spänd							
Är orolig, t ex kliver ur sängen, har mardrömmar							
Har ofrivilliga rörelser							
Smärta							

Fyll även i

Tid för sänggående	kl	kl	kl	kl	kl	kl	kl
Tid för uppstigande	kl	kl	kl	kl	kl	kl	kl
Ungefärlig insomningstid	min	min	min	min	min	min	min

Kommentar (t ex sömnmedicinering).....

.....

.....



Dagbok MED tyngdtäcke, vecka 4

Namn	Datum/vecka
Personnummer	

Beskriv ditt allmäntillstånd/hur du känt dig under dagen genom att skriva en siffra i kolumnerna nedan

(1=inte alls 2=i liten omfattning 3=något 4=ganska mycket 5=mycket)

	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag	Söndag
Trött							
Okoncentrerad							
Orolig							
Ofrivilliga rörelser							
Smärta							

Kommentar

.....

.....

.....