Checklista: Kognitivt stöd

Du kan använda checklistan som ditt eget stöd vid kartläggning. Vill du skicka in den till
Hjälpmedel Västerbotten så skapar du en arbetsorder för utprovningsstöd i WebSesam
och mejlar sedan det här dokumentet ifyllt till hmv.blankett@regionvasterbotten.se.

|  |
| --- |
| **Kontaktuppgifter** |
| Användarens initialer | XX |
| Arbetsordernummer | Klicka här för att ange text |
| Förskrivarens namn | Klicka här för att ange text |
| Förskrivarens telefonnummer | Klicka här för att ange text |

|  |
| --- |
| **Problemformulering/målsättning** |
| **Målsättning** (Vad vill personen kunna göra? Eller önskemål från närstående/stödperson.)Klicka här för att ange text |
| **Problem** (Vad är problemet som ska åtgärdas?)Klicka här för att ange text |
| **Provade lösningar** (Hur gör personen idag och varför fungerar inte det?)Klicka här för att ange text |
| **Övrigt** (Exempelvis känslighet för sinnesintryck)Klicka här för att ange text |

|  |
| --- |
| **Aktivitet och delaktighet** |
| **Tidsupplevelse** |
| Personen har svårighet att bedöma | [ ]  Hur lång tid en aktivitet kommer att ta[ ]  Hur länge en aktivitet pågått |
| **Tidsorientering** |
| Personen har svårighet att veta: | [ ]  I vilken ordning saker ska ske[ ]  Aktuell veckodag[ ]  Aktuell årstid [ ]  Innebörden i tidsbegrepp (minuter, timmar, dagar)[ ]  Aktuellt datum[ ]  Aktuellt klockslag |
| **Tidsplanering** |
| Personen planerar: | [ ]  För tätt[ ]  Med orimligt stor marginal |
| Svårt att planera: | [ ]  Kortsiktigt (närmsta dagarna)[ ]  Långsiktigt (veckor, månader framåt) |
| Svårt att följa planering p.g.a.: | [ ]  Svårt att minnas planerade aktiviteter[ ]  Vet inte när aktiviteten ska inträffa[ ]  Är upptagen med annat[ ]  Brist på motivation |
| **Hur kommunicerar personen?** |
| [ ]  Tal | [ ]  Ljud | [ ]  Kroppsspråk |
| [ ]  Använder hjälpmedel för kommunikation – ange vilket/vilka: Klicka här för att ange text |

|  |
| --- |
| **Kroppsfunktion och kroppsstruktur** |
| **Synförmåga** | Klicka här för att ange text |
| **Hörsel** | Klicka här för att ange text |

|  |
| --- |
| **Omgivningsfaktorer** |
| **I vilka miljöer och i vilka aktiviteter ska hjälpmedlet fungera?** (Var/hur ska hjälpmedlet användas – följa personen över dygnet, enstaka aktiviteter, i hemmet, bärbarhet?)Klicka här för att ange text |
| **I vilken typ av personlig hjälp finns?** (Stödpersoner som lär sig hjälpmedlet och kan ge stöd till personen i det dagliga användandet.)[ ]  Hjälp av närstående[ ]  Personlig assistent[ ]  Ledsagare[ ]  Boendestödjare[ ]  Boende personal[ ]  Ingen hjälpNamnge ansvarig stödperson: Klicka här för att ange text. |

|  |
| --- |
| **Övrigt** |
| **Nuvarande kognitionshjälpmedel:**Klicka här för att ange text |
| **Tidigare provade kognitionshjälpmedel eller konsumentprodukter:**Klicka här för att ange text |
| **Använder personen mobiltelefon eller surfplatta?** (Ange i så fall modellen.)Klicka här för att ange text |
| **Ange om personen har tillgång till någon form av internet:**[ ]  Wifi i bostaden[ ]  Mobilsurfabonnemang |