|  |
| --- |
| Checklista: Tyngdväst |

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

Kartläggning utifrån kriterierna – minst tre av dessa ska vara ifyllda som aktuella   
och ha varat i mer är sex månader för att förskrivning ska ske.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Funktioner** | | |
| **Motorisk oro** | | |
| Motorisk hyperaktiv, svårt att sitta och/eller ligga still | Stämmer | Stämmer ej |
| Svårt att genomföra vardagliga aktiviteter | Stämmer | Stämmer ej |
| **Emotionella funktioner** | | |
| Oro och ångest | Stämmer | Stämmer ej |
| Tvångstankar | Stämmer | Stämmer ej |
| Irritation och ilska | Stämmer | Stämmer ej |
| Svårt att kontrollera känslor (vredesutbrott och/eller hot) | Stämmer | Stämmer ej |
| Nedstämdhet | Stämmer | Stämmer ej |
| Mani | Stämmer | Stämmer ej |
| **Perceptuella funktioner** | | |
| Över- eller underkänslighet för sinnesintryck | Stämmer | Stämmer ej |
| Nedsatt filtreringsförmåga: att inte ha förmåga att  sortera sinnesintryck | Stämmer | Stämmer ej |
| Svårt att uppfatta information, avväga kraft och riktning, balansera, tolka och känna igen olika signaler, adekvat använda olika kroppsdelar | Stämmer | Stämmer ej |
| **Koncentrationsförmåga** | | |
| Tappar lätt fokus | Stämmer | Stämmer ej |
| Svårt att fokusera på sina vardagsaktiviteter | Stämmer | Stämmer ej |
| Svårt att påbörja, genomföra och avsluta  vardagliga aktiviteter | Stämmer | Stämmer ej |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rums- och kroppsuppfattning** | | |
| Svårt att avgöra de egna kroppsdelarnas position, var kroppen börjar och slutar, hur det förhåller sig till rum och föremål | Stämmer | Stämmer ej |
| **Övrig information** | | |
| Medicin för ångest | Stämmer | Stämmer ej |

|  |
| --- |
| **Aktivitetsförmåga/Målsättning** |
| **På vilket sätt visar sig nedsatt aktivitetsförmåga och/eller begränsad delaktighet till följd av tidigare nämnda orsaker?**  Klicka eller tryck här för att ange text. |
| **Mål med tyngdväst:**  Klicka eller tryck här för att ange text. |
| **Inför lån/utprovning av tyngdväst, ange användarens bröstmått:**  Klicka eller tryck här för att ange text. |