|  |
| --- |
| 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. |