

Dagbok/Nattbok utan kedjetäcke

Datum: _____

Namn: _____

Ålder: _____

Funktionsnedsättning: _____

Problemställning/målsättning: _____

Genomsnittlig insomningstid: timmar/minuter: _____

Svara på följande värderingar genom att ringa in den siffra som stämmer bäst.

Natttid

Vaknar ofta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sover utan att vakna
Är spänd natttid	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sover avspänt, avslappnat
Motorisk oro (Rörlighet)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Motorisk vila (Rörlighet)

Dagtid

Motorisk oro (Rörlighet)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Motorisk vila (Rörlighet)
Okoncentrerad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Koncentrerad
Inaktiv	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aktiv
Spänd	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Avslappnad

Kommentar: _____

Dagbok/Nattbok med kedjetäcke

Förskrivningsdatum/utlämningsdatum: _____

Har du använt kedjetäcke nattetid? Nej JaOm ja, på vilket sätt? Som insomningshjälp Hela natten Annat: _____

Hur ofta? Måndag Tisdag Onsdag Torsdag Fredag Lördag Söndag

Insomningstid: _____ timmar/minuter.

Nattetid (medelvärde under veckan).

Vaknar ofta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sover utan att vakna
Är spänd nattetid	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sover avspänt, avslappnat
Motorisk oro (Rörlighet)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Motorisk vila (Rörlighet)

Har du använt kedjetäcke dagtid? Nej Ja

Om ja, i vilka situationer? (Sätt kryss i de aktiviteter som stämmer.)

- Se på TV
- Läsa/lyssna på bok
- Lyssna på musik/radio
- Som avslappning
- Vid annan/andra aktiviteter: _____

Hur ofta? Under hur lång tid per tillfälle?

Måndag: _____ Tisdag: _____ Onsdag: _____ Torsdag: _____

Fredag: _____ Lördag: _____ Söndag: _____

Dagtid

Motorisk oro (Rörlighet)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Motorisk vila (Rörlighet)
Okoncentrerad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Koncentrerad
Inaktiv	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aktiv
Spänd	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Avslappnad

Tecken på överstimulering (t.ex. sover för mycket, känner sig fastlåst, blir hyperaktiv)? Nej Ja

Kommentar: _____