

## **Utvärdering av tyngdtäcke**

### **Dag- och nattbok MED tyngdtäcke**

När du har fått ditt tyngdtäcke ska dag- och nattbok fyllas i under ca 4 veckor.

### **Förskrivaren utvärderar efter ca 4 veckor**

Efter ca 4 veckor med tyngdtäcket ska förskrivaren utvärdera effekten för att se om du har nytta av täcket.

### **Efter 12 månader och sedan en gång om året utvärderar förskrivaren**

Efter ca 12 månader och sedan en gång om året utvärderar förskrivaren om du fortfarande använder tyngdtäcket.

### **Instruktioner till dag- och nattbok**

Att skriva dag- och nattbok innebär att du svarar på ett antal värderingsfrågor genom att sätta en markering på linjen där påståendet stämmer bäst för dig.

Sammanfatta gärna en hel veckas dagar respektive nätter på samma papper. Det gör ingenting om det blir flera markeringar på samma linje.

Eftersom det är olika personer med olika besvär som provar tyngdtäcken kan en del frågor vara främmande för dig. Har du ex. inte problem med smärta behöver du naturligtvis inte svara på den frågan.

Är det någonting som du ofta eller alltid har problem med, men som inte finns med bland frågorna kan du skriva till det under rubriken "Annat". Längst ner på varje sida finns även plats för dina ev. kommentarer.

Har du frågor, kontakta din förskrivare (arbetsterapeut eller sjukgymnast/fysioterapeut).

**Nattbok MED tyngdtäcke      VECKA 1**

Namn ..... Datum .....

**Har du använt täcket på natten?**

**Nej**  Om nej, fyll ändå i nattboken

**Ja**  Om ja, på vilket sätt:  Som insomningshjälp  Hela natten

Annat .....

**Sömnmönster**

Ungefär vilken tid vilken tid lägger du dig?

Klockan: .....

Ungefär vilken tid går du upp på morgonen?

Klockan: .....

Svårt att somna	←————→	Somnar fort / lätt
Vaknar ofta	←————→	Sover utan att vakna
Är spänd nattetid	←————→	Sover avslappnat
Sover oroligt	←————→	Sover lugnt
Många ofrivilliga rörelser	←————→	Få ofrivilliga rörelser

**Smärta**

Stark smärta ←————→ Ingen smärta

**Kroppsvärme**

Mycket varm/svettas ←————→ Fryser

**Andra uppgifter**

t. ex. ångest, oro, spasticitet, .....

Mycket ←————→ Lite

**Kommentar:**

.....  
.....

**Dagbok MED tyngdtäcke      VECKA 1**

Namn ..... Datum .....

**Nej**  Om nej, fyll ändå i dagboken

**Ja**  Om ja, på vilket sätt:  Se på TV  Läsa/lyssna på en bok eller tidning  
 Lyssna på musik/radio  Som avslappning  
 Vid annan/andra aktiviteter, vilka:

.....  
**Vakenhet dagtid**

Trött ←————→ Vaken, pigg

Okoncentrerad ←————→ koncentrerad

Orolig ←————→ Avslappnad

Många ofrivilliga rörelser ←————→ Få ofrivilliga rörelser

**Sovit under dagtid**

Kort stund ←————→ Längre stund

**Smärta**

Stark smärta ←————→ Ingen smärta

**Kroppsvärme**

Mycket varm/svettas ←————→ Fryser

**Andra uppgifter**

T. ex. ångest, oro, spasticitet, .....

Mycket ←————→ Lite

**Kommentar:**

**Nattbok MED tyngdtäcke      VECKA 2**

Namn ..... Datum .....

**Har du använt täcket på natten?**

**Nej**  Om nej, fyll ändå i nattboken

**Ja**  Om ja, på vilket sätt:  Som insomningshjälp  Hela natten

Annat .....

**Sömmönster**

Ungefär vilken tid vilken tid lägger du dig?

Klockan: .....

Ungefär vilken tid går du upp på morgonen?

Klockan: .....

Svårt att somna	←—————→	Somnar fort / lätt
Vaknar ofta	←—————→	Sover utan att vakna
Är spänd nattetid	←—————→	Sover avslappnat
Sover oroligt	←—————→	Sover lugnt
Många ofrivilliga rörelser	←—————→	Få ofrivilliga rörelser

**Smärta**

Stark smärta ←—————→ Ingen smärta

**Kroppsvärme**

Mycket varm/svettas ←—————→ Fryser

**Andra uppgifter**

t. ex. ångest, oro, spasticitet, .....

Mycket ←—————→ Lite

**Kommentar:**

.....  
.....

## **Dagbok MED tyngdtäcke      VECKA 2**

Namn ..... Datum .....

**Nej**  Om nej, fyll ändå i dagboken

**Ja**  Om ja, på vilket sätt:  Se på TV  Läsa/lyssna på en bok eller tidning  
 Lyssna på musik/radio  Som avslappning  
 Vid annan/andra aktiviteter, vilka:

.....  
**Vakenhet dagtid**

Trött ←————→ Vaken, pigg  
Okoncentrerad ←————→ koncentrerad  
Orolig ←————→ Avslappnad  
Många ofrivilliga rörelser ←————→ Få ofrivilliga rörelser

**Sovit under dagtid**

Kort stund ←————→ Längre stund

**Smärta**

Stark smärta ←————→ Ingen smärta

**Kroppsvärme**

Mycket varm/svettas ←————→ Fryser

**Andra uppgifter**

T. ex. ångest, oro, spasticitet, .....

Mycket ←————→ Lite

**Kommentar:**

**Nattbok MED tyngdtäcke      VECKA 3**

Namn ..... Datum .....

**Har du använt täcket på natten?**

**Nej**  Om nej, fyll ändå i nattboken

**Ja**  Om ja, på vilket sätt:  Som insomningshjälp  Hela natten

Annat .....

**Sömmönster**

Ungefär vilken tid vilken tid lägger du dig?

Klockan: .....

Ungefär vilken tid går du upp på morgonen?

Klockan: .....

Svårt att somna	←—————→	Somnar fort / lätt
Vaknar ofta	←—————→	Sover utan att vakna
Är spänd nattetid	←—————→	Sover avslappnat
Sover oroligt	←—————→	Sover lugnt
Många ofrivilliga rörelser	←—————→	Få ofrivilliga rörelser

**Smärta**

Stark smärta ←—————→ Ingen smärta

**Kroppsvärme**

Mycket varm/svettas ←—————→ Fryser

**Andra uppgifter**

t. ex. ångest, oro, spasticitet, .....

Mycket ←—————→ Lite

**Kommentar:**

.....  
.....  
.....

**Dagbok MED tyngdtäcke      VECKA 3**

Namn ..... Datum .....

**Nej**  Om nej, fyll ändå i dagboken

**Ja**  Om ja, på vilket sätt:  Se på TV  Läsa/lyssna på en bok eller tidning  
 Lyssna på musik/radio  Som avslappning  
 Vid annan/andra aktiviteter, vilka:

.....  
**Vakenhet dagtid**

Trött ←————→ Vaken, pigg

Okoncentrerad ←————→ koncentrerad

Orolig ←————→ Avslappnad

Många ofrivilliga rörelser ←————→ Få ofrivilliga rörelser

**Sovit under dagtid**

Kort stund ←————→ Längre stund

**Smärta**

Stark smärta ←————→ Ingen smärta

**Kroppsvärme**

Mycket varm/svettas ←————→ Fryser

**Andra uppgifter**

T. ex. ångest, oro, spasticitet, .....

Mycket ←————→ Lite

**Kommentar:**

## **Nattbok MED tyngdtäcke      VECKA 4**

Namn ..... Datum .....

### **Har du använt täcket på natten?**

**Nej**  Om nej, fyll ändå i nattboken

**Ja**  Om ja, på vilket sätt:  Som insomningshjälp  Hela natten

Annat .....

### **Sömmönster**

Ungefär vilken tid vilken tid lägger du dig?

Klockan: .....

Ungefär vilken tid går du upp på morgonen?

Klockan: .....

Svårt att somna	←————→	Somnar fort / lätt
Vaknar ofta	←————→	Sover utan att vakna
Är spänd nattetid	←————→	Sover avslappnat
Sover oroligt	←————→	Sover lugnt
Många ofrivilliga rörelser	←————→	Få ofrivilliga rörelser

### **Smärta**

Stark smärta ←————→ Ingen smärta

### **Kroppsvärme**

Mycket varm/svettas ←————→ Fryser

### **Andra uppgifter**

t. ex. ångest, oro, spasticitet, .....

Mycket ←————→ Lite

### **Kommentar:**

.....

.....

.....



**Dagbok MED tyngdtäcke      VECKA 4**

Namn ..... Datum .....

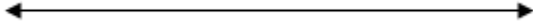
**Nej**  Om nej, fyll ändå i dagboken

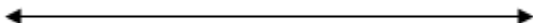
**Ja**  Om ja, på vilket sätt:  Se på TV  Läsa/lyssna på en bok eller tidning


Lyssna på musik/radio  Som avslappning

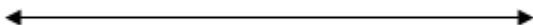
Vid annan/andra aktiviteter, vilka:

.....  
**Vakenhet dagtid**

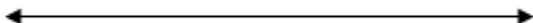
Trött  Vaken, pigg

Okoncentrerad  koncentrerad

Orolig  Avslappnad

Många ofrivilliga rörelser  Få ofrivilliga rörelser

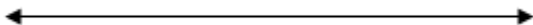
**Sovit under dagtid**

Kort stund  Längre stund

**Smärta**


Stark smärta  Ingen smärta

**Kroppsvärme**

Mycket varm/svettas  Fryser

**Andra uppgifter**

T. ex. ångest, oro, spasticitet, .....

Mycket  Lite

**Kommentar:**