

Behandling med tyngdtäcke - uppföljning

Patient: _____ Personnummer: _____

- Du som svarar använder tyngdtäcket
 är närstående/personal till den som använder tyngdtäcket
 svarar tillsammans med den som använder tyngdtäcket

1. Varför började tyngdtäcket användas?

- Svårt att somna/ lång insomningstid
 Svårt att sova hela natten

2. Har behandlingen med tyngdtäcke minskat sömnsvårigheterna?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| På vilket sätt har sömnen förbättrats? | Hur ser sömnen ut? |
| <input type="checkbox"/> Somnar fortare | <input type="checkbox"/> Det tar lång tid att somna |
| <input type="checkbox"/> Vaknar sällan på natten | <input type="checkbox"/> Vaknar ofta på natten |
| <input type="checkbox"/> Sover bra, bra sömnkvalitet | <input type="checkbox"/> Sover dåligt, dålig sömnkvalitet |
| <input type="checkbox"/> Annat _____ | <input type="checkbox"/> Annat _____ |

3. Hur ofta används tyngdtäcket?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Varje kväll/natt | <input type="checkbox"/> En gång i månaden |
| <input type="checkbox"/> Några gånger i veckan | <input type="checkbox"/> Några gånger i månaden |
| <input type="checkbox"/> En gång i veckan | <input type="checkbox"/> Aldrig |

4. Har tyngdtäcket kombinerats med annan metod för att lindra sömnsvårigheterna?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, medicin. Ange vilken. _____ | <input type="checkbox"/> Nej. Ingen annan metod har provats. |
| <input type="checkbox"/> Ja, annan metod. Ange vilken. _____ _____ | |

5. Har dosen sömnmedicin minskats eller avslutats med hjälp av tyngdtäcket?

- Ja Nej

6. Hur nöjd är du med tyngdtäcket? Sätt ett X på linjen.

Mycket missnöjd Nöjd Mycket nöjd

Kommentar: _____
