

Sömn- och aktivitetsdagbok vid förskrivning av Tyngdtäcke

Här finns olika förslag samlat för att ni ska kunna välja den som passar eller ändra efter behov.
Skriv ut och fyll i:

Innehållsförteckning

Sömn- och aktivitetsdagbok, schema	2
Sömn- och aktivitetsdagbok, med bilder	3
Sömn- och aktivitetsdagbok, VAS-skala.....	5

Sömn- och aktivitetsdagbok, schema

Vecka:	Mån/Tis	Tis/Ons	Ons/Tor	Tor/Fre	Fre/Lör	Lör/Sön	Sön/Mån
Har du varit på daglig sysselsättning? <i>(skola, jobb, annat)</i>							
Fysisk aktivitet under dagen? <i>Vad och hur länge?</i>							
Har du sovit på dagen? Hur länge?							
När gick du och la dig för natten?							
Hur lång tid tog det att somna?							
Har du vaknat under natten? <i>Antal gånger? Hur länge var du vaken?</i>							
Hur har du sovit under natten? <i>1=Mycket bra, 2=Ganska bra, 3=Ganska dåligt, 4=Mycket dåligt</i>							
När gick du upp?							

Beskriv med en siffra hur du känt dig under dagen:

<i>1=Inte alls, 2=Lite grann, 3=Ganska mycket, 4=Mycket</i>	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag	Söndag
Har du varit trött?							
Har du känt dig orolig?							
Har du lätt blivit arg?							
Har du haft svårt att koncentrera dig?							
Har du varit orolig i kroppen?							

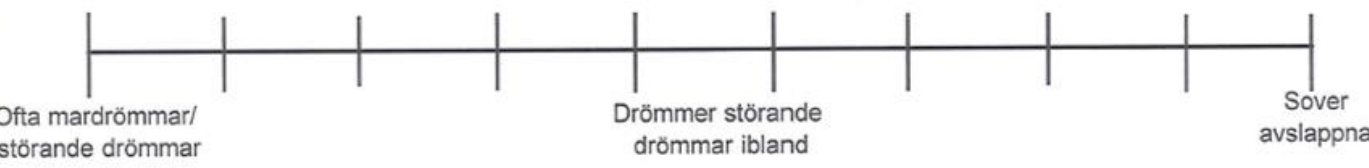
Skattning av din sömn

Insomningstid: _____ min

Innan utprovning av tyngdtäcke

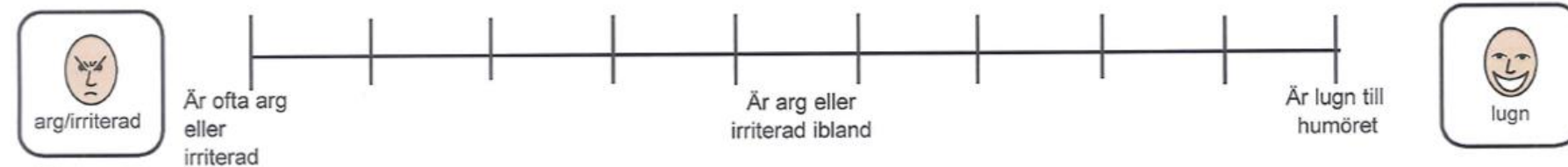
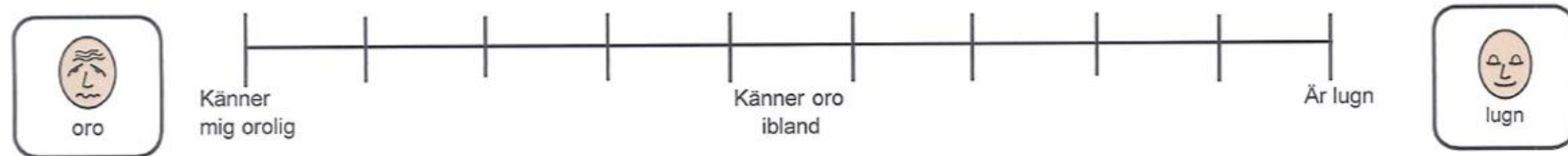
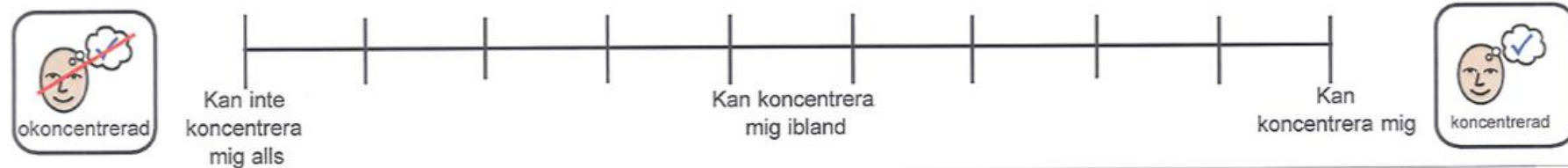
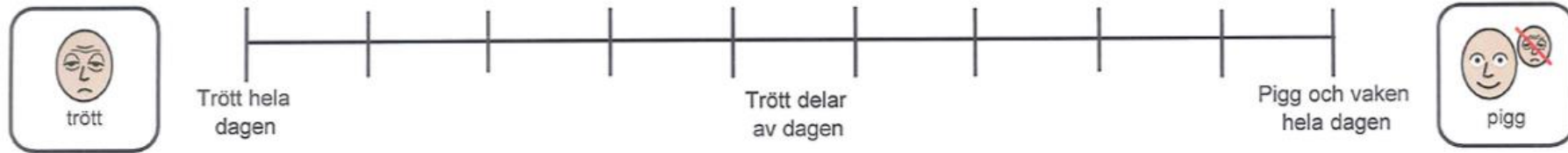
Efter 1 månad med tyngdtäcke

Efter 6 månader med tyngdtäcke



Skattning av hur du känner dig på dagen

Innan utprovning av tyngdtäcke Efter 1 månad med tyngdtäcke Efter 6 månader med tyngdtäcke



Sömn- och aktivitetsdagbok, VAS-skala

Namn:		Datum:		
Går till sängs kl:		Insomningstid:		
Stiger upp kl:		Sömnmedicin:		
Använder tyngdtäcke		<input type="checkbox"/>		
Använder inte tyngdtäcke		<input type="checkbox"/>		
Natttid:		Svara genom att sätta ett x på linjen där det stämmer bäst		
Vaknar ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sover utan att vakna
Mardrömmar, ångest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sover lugnt
Är spänd på natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sover avslappnat
Rör mig mycket i sängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ligger stilla
Vaknar utmattad på morgonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vaknar utvilad på morgonen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Dagtid:	Svara genom att sätta ett x på linjen där det stämmer bäst											
Trött	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vaken, pigg	
Okoncentrerad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koncentrerad	
Spänd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avslappnad	
Orolig i kroppen, behöver röra på mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lugn och kan sitta stilla	
Stark smärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ingen smärta	
Ingen ork att göra saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nöjd med dina aktiviteter	
Ångest/oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lugn/ro	
Är ofta arg eller irriterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Är jämn till humöret	
Kommentarer:												
Vad gör du timmen före sänggåendet?												
Ringa in den siffra som stämmer bäst (1=Mycket dåligt och 10=Mycket bra)												
Din sömnkvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ditt mående dagtid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10