

SOMNA® UTPROVNINGS PROTOKOLL KEDJEFILT®

Namn Datum

Ålder Diagnos

Användningsområden:

.....

Tar du några mediciner, i så fall vilka?

.....

INNAN UTPROVNING

Brukare / Anhörig / Personal – sätt ett kryss på skalan

Ångestfylld _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Rofylld

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motoriskt orolig _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Lugn

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dålig kroppsuppfattning _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ God kroppsuppfattning

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Spänd _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Avslappnad

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Övriga kommentarer:

.....

VECKA 1 MED KEDJEFILT®

Vikt på Kedjefilt® : 4 kg 5 kg 7 kg

Brukare / Anhörig / Personal – sätt ett kryss på skalan

Ångestfylld	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Rofylld
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Motoriskt orolig	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Lugn
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dålig kroppsuppfattning	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	God kroppsuppfattning
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Spänd	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Avslappnad
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Övriga kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VECKA 2 MED KEDJEFILT®

Brukare / Anhörig / Personal – sätt ett kryss på skalan

Ångestfylld

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Rofylld

Motoriskt orolig

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Lugn

Dålig
kroppsuppfattning

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

God
kroppsuppfattning

Spänd

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Avslappnad

Övriga kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VECKA 3 MED KEDJEFILT®

Brukare / Anhörig / Personal – sätt ett kryss på skalan

Ångestfylld

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Rofylld

Motoriskt orolig

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Lugn

Dålig
kroppsuppfattning

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

God
kroppsuppfattning

Spänd

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Avslappnad

Övriga kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VECKA 4 MED KEDJEFILT®

Brukare / Anhörig / Personal – sätt ett kryss på skalan

Ångestfylld

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Rofylld

Motoriskt orolig

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Lugn

Dålig
kroppsuppfattning

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

God
kroppsuppfattning

Spänd

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Avslappnad

Övriga kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Är det någon förändring i din medicinering till följd av användning av Kedjefilten?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Övriga kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....