

## Dagbok UTAN tyngdtäcke

Namn \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

(Sätt ett kryss på skalan)

### Vakenhet

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

### Smärta

Stark smärta	←—————→	Ingen smärta
--------------	---------	--------------

### Annat

(ex ångest)

-----

Mycket	←—————→	Lite
--------	---------	------

### Kommentar:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Bedömningen utförd av: \_\_\_\_\_

## Nattbok UTAN tyngdtäcke

Namn \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

(Sätt ett kryss på skalan)

### Sömnmönster

Vaknar ofta	←—————→	Sover utan att vakna
Är spänd	←—————→	Sover avspänt, avslappnat
Sover oroligt (ex kliver ur säng)	←—————→	Sover lugnt
Många ofrivilliga rörelser	←—————→	Få ofrivilliga rörelser

### Smärta

Stark smärta	←—————→	Ingen smärta
--------------	---------	--------------

### Annat

(ex ångest)

-----

Mycket	←—————→	Lite
--------	---------	------

### Kommentar:

-----

-----

-----

-----

-----

-----

Bedömningen utförd av: \_\_\_\_\_

## Dagbok MED tyngdtäcke

Vecka nr: 1 2 3 4 5 6

(ringa in vilken vecka dagbok förs)

Namn \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

### Har använt tyngdtäcket på dagen?

Nej  Om nej fyll ändå i dagboken

Ja  Om ja på vilket sätt:

- Sett på TV
- Lyssnat på musik/radio
- Som avslappning
- Läst/lyssnat på tidning/bok
- Anna/andra aktiviteter, vilka:

(Sätt ett kryss på skalan)

### Vakenhet

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

### Smärta

Stark smärta	←—————→	Ingen smärta
--------------	---------	--------------

### Annat

(ex ångest)

-----

Mycket	←—————→	Lite
--------	---------	------

### Kommentar:

-----  
-----  
-----

Bedömningen utförd av: \_\_\_\_\_

## Nattbok MED tyngdtäcke

Vecka nr: 1 2 3 4 5 6

(ringa in vilken vecka dagbok förs)

Namn \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

### Har använt tyngdtäcket på natten?

Nej  Om nej fyll ändå i nattboken

Ja  Om ja på vilket sätt:

Som insomningshjälpmedel

Hela natten

Annat: \_\_\_\_\_

Insomningstid: \_\_\_\_\_

(ex kort/lång tid, ca...min)

(Sätt ett kryss på skalan)

### Sömnmönster

Vaknar ofta	←—————→	Sover utan att vakna
Är spänd	←—————→	Sover avspänt, avslappnat
Sover oroligt (ex kliver ur säng)	←—————→	Sover lugnt
Många ofrivilliga rörelser	←—————→	Få ofrivilliga rörelser

### Smärta

Stark smärta	←—————→	Ingen smärta
--------------	---------	--------------

### Annat

(ex ångest)

-----

Mycket	←—————→	Lite
--------	---------	------

### Kommentar:

-----  
-----  
-----

Bedömningen utförd av: \_\_\_\_\_