

Kognitionskartläggning

Namn: Datum:

Funktionsnedsättning:

Beskriv hur dina svårigheter. Hur påverkar det din vardag? Hur länge har du haft dem?

Vad önskar du för hjälp och i vilka situationer?

Allmän information

1. På vilket sätt tar du lättast till dig information (muntligt, text, bilder, annat)?

2. Beskriv din läs-, skriv- och räkneförmåga.

3. Har du en känslighet för ljud, ljus och/eller beröring? Beskriv i så fall på vilket sätt?

4. Är du känslig för värme/kyla? På vilket sätt?

5. Har du någon smärta eller värk? Var och hur visar den sig? I vilka situationer? Använder du någon strategi för att lindra smärtan/värken?

7. Känner du dig spänd? Upplever du ofrivilliga rörelse? I vilka situationer? Använder du någon strategi för att bli mer avslappnad/minska de ofrivilliga rörelserna?

8. Har du svårt att hålla balansen? Har du svårt att samordna dina rörelser? I vilka situationer? Använder du någon strategi för att lättare hålla balansen/samordna dina rörelser?

9. Känner du oro/ångest/irritation? I vilka situationer? Använder du någon strategi för att minska din oro/ångest/irritation?

10. Har du tankar om att skada dig själv?

Orientera sig i tid, rum och person

1. Vilken veckodag, datum, månad och år, årstid är det?

a. Hur gör du för att hålla reda på det?

2. Uppge din adress och ditt postnummer och bostadsort.

3. Hittar du i din bostad och ditt närområde?

a. Hittar du de saker du letar efter i bostaden?

b. Hur gör du för att hitta till nya adresser?

Tidsuppfattning

7. Kan du uppge hur mycket klockan är nu och om det är för- eller eftermiddag?

a. Hur gör du för att hålla reda på det?

b. Föredrar du att en klocka visar analog eller digital tid?

8. Tänk dig följande händelse: _____

Planera och beskriv tidsåtgången.

9. Tycker du det är lätt eller svårt att veta hur lång tid en aktivitet tar?

10. Hur gör du för att veta hur lång tid det är kvar till en aktivitet ska börja?

Minne

1. Kommer du ihåg saker som har hänt nyligen och för länge sedan?

a. Hur gör du?

2. Kan du bli osäker på om du har utfört en aktivitet?

a. Hur gör du för att försäkra dig om att en aktivitet är gjord?

3. Brukar du komma ihåg namn, ansikten, adresser och telefonnummer etc.?

a. Hur gör du?

4. Brukar du komma ihåg planerade besök och aktiviteter som du ska göra?

a. Hur gör du?

5. Kommer du ihåg instruktioner du fått inför en aktivitet?

6. Brukar du tappa bort eller förlägga föremål? Vad?

a. Sker det ofta?

b. Hur gör du för att undvika det?

Planera

1. Brukar du planera din dag och vecka?

- a. Hur planerar du dina aktiviteter? Brukar du använda kalender, mobil, surfplatta eller annat och i så fall vad och i vilka situationer?

- b. Har du stöd av närstående/personal?

- c. Vet du vilka aktiviteter som ska planeras in och hur ofta de ska utföras?

- d. Brukar du följa din planering?

- e. Om du inte följer din planering, varför gör du inte det?

Genomförande

1. Vet du när en aktivitet börjar?

2. Brukar du påbörja aktiviteten på utsatt tid?

3. Behöver du bli påmind för att komma igång med aktiviteten?

a. På vilket sätt?

4. Finns det aktiviteter som du har lättare att komma igång med?

4. Finns det aktiviteter som du har svårare att komma igång med?

5. Brukar du genomföra hela aktiviteten?

a. Om du inte genomför hela aktiviteten vad beror det på då?

b. Vad gör du om det uppstår några problem under aktiviteten?

c. Brukar du ha lätt eller svårt att hålla fokus under hela aktiviteten?

d. Kan du hålla på med flera saker samtidigt under en aktivitet?

e. Vad är särskilt viktigt för dig när du utför en aktivitet (tyst/ljudlig miljö, arbeta ensam eller tillsammans med någon/andra, andra faktorer)?

6. Vet du när en aktivitet är färdig?

a. Brukar du bli färdig och nå målet?

7. Brukar du veta vad som ska hända efter aktiviteten?

a. Är det viktigt för dig att veta vad som ska hända?

Kontrollfråga: Hur länge har vi suttit här?

Beskrivning av nuvarande situation

Namn: _____ Datum: _____

Hur påverkar dina besvär dig i ditt vardagsliv?

Svara på följande genom att sätta ett kryss på linjen där det stämmer bäst.

Harmonisk ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Orolig

- Beskriv hur din oro yttrar sig:

Vaken/pigg ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Trött

Koncentrerad ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Okoncentrerad

Ingen ångest ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Ångest

Lugn ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Irriterad

- Hur yttrar det sig?

Annat:

Utvärdering av:

- kognitivt hjälpmedel
- hjälpmedel för
stimulering av sinnen
och känslighet

Uppföljning av hjälpmedel

Datum

Bilaga 5A

Namn _____

Datum _____

Typ av hjälpmedel: _____

	måndag	tisdag	onsdag	torsdag	fredag	lördag	söndag
Har du använt hjälpmedlet?							
I vilka situationer?							
Hur många gånger?							
Hur har hjälpmedlet fungerat? 1 = mycket bra, 2 = ganska bra, 3 = varken bra eller dåligt, 4 = ganska dåligt, 5 = mycket dåligt							

Hur har det känts för dig att använda hjälpmedlet? Skriv en siffra i rutorna nedan (1 = mycket, 2 = ganska mycket, 3 = något, 4 = lite grann, 5 = inte alls).

	måndag	tisdag	onsdag	torsdag	fredag	lördag	söndag
Harmonisk							
Koncentrerad							
Lugn (ingen ångest)							
Avslappnad							
Lugn (ingen irritation)							

Namn: _____

Datum: _____

Typ av hjälpmedel/anpassning: _____

Vilka dagar har du använt hjälpmedlet?

Måndag:	en gång	flera gånger
Tisdag:	en gång	flera gånger
Onsdag:	en gång	flera gånger
Torsdag:	en gång	flera gånger
Fredag:	en gång	flera gånger
Lördag:	en gång	flera gånger
Söndag:	en gång	flera gånger

I vilka situationer?

Hur har det fungerat?

Har det skett någon förändring/förbättring tack vare hjälpmedlet?

Beskrivning av nuvarande situation

Svara på följande genom att sätta ett kryss på linjen där det stämmer bäst.
0 = ingen svårighet, 10 = stora svårigheter.

Harmonisk ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Orolig

- Beskriv hur din oro yttrar sig:

Vaken/pigg ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Trött

Koncentrerad ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Okoncentrerad

Ingen ångest ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Ångest

Lugn ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Irriterad

- Hur yttrar det sig?

Annat:
