**Checklista kognitivt stöd**

Du kan använda checklistan som ditt eget stöd vid kartläggning.  
Vill du skicka in den till Hjälpmedel Västerbotten så skapar du en arbetsorder för utprovningsstöd i WebSesam och mejlar sedan det här dokumentet ifyllt till [hmv.blankett@regionvasterbotten.se](mailto:hmv.blankett@regionvasterbotten.se).

|  |  |
| --- | --- |
| **Kontaktuppgifter** | |
| Brukarens initialer | XX |
| Arbetsordernummer | Klicka här för att ange AO-numret |
| Förskrivarens namn | Klicka här för att ange namnet |
| Förskrivarens telefonnummer | Klicka här för att angetelefonnumret |

|  |
| --- |
| **Problemformulering/målsättning** |
| **Målsättning** (Vad vill personen kunna göra? Eller önskemål från närstående/stödperson.)  Klicka här för att ange text |
| **Problem** (Vad är problemet som ska åtgärdas?) |
| **Provade lösningar** (Hur gör personen idag och varför fungerar inte det?)  Klicka här för att ange text |
| **Övrigt** (Exempelvis känslighet för sinnesintryck)  Klicka här för att ange text |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aktivitet och delaktighet** | | | |
| **Tidsupplevelse** | | | |
| Personen har svårighet att bedöma | | Hur lång tid en aktivitet kommer att ta  Hur länge en aktivitet pågått | |
| **Tidsorientering** | | | |
| Personen har svårighet att veta | | I vilken ordning saker ska ske  Aktuell veckodag  Aktuell årstid  Innebörden i tidsbegrepp (minuter, timmar, dagar)  Aktuellt datum  Aktuellt klockslag | |
| **Tidsplanering** | | | |
| Personen planerar | | För tätt  Med orimligt stor marginal | |
| Svårt att planera | | Kortsiktigt (närmsta dagarna)  Långsiktigt (veckor, månader framåt) | |
| Svårt att följa planering p.g.a. | | Svårt att minnas planerade aktiviteter  Vet inte när aktiviteten ska inträffa  Är upptagen med annat  Brist på motivation | |
| **Hur kommunicerar personen?** | | | |
| Tal | Ljud | | Kroppsspråk |
| Använder hjälpmedel för kommunikation – ange vilket/vilka: Klicka här för att ange text | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kroppsfunktion och kroppsstruktur** | |
| **Synförmåga** | Klicka här för att ange text |
| **Hörsel** | Klicka här för att ange text |

|  |
| --- |
| **Omgivningsfaktorer** |
| **I vilka miljöer och i vilka aktiviteter ska hjälpmedlet fungera?** (Var/hur ska hjälpmedlet användas – följa personen över dygnet, enstaka aktiviteter, i hemmet, bärbarhet?)  Klicka här för att ange text |
| **I vilken typ av personlig hjälp finns?** (Stödpersoner som lär sig hjälpmedlet och kan ge stöd till personen i det dagliga användandet.)  Hjälp av närstående  Personlig assistent  Ledsagare  Boendestödjare  Boende personal  Ingen hjälp  Namnge ansvarig stödperson: Klicka här för att ange text. |

|  |
| --- |
| **Övrigt** |
| **Nuvarande kognitionshjälpmedel:** Klicka här för att ange text |
| **Tidigare provade kognitionshjälpmedel eller konsumentprodukter:** Klicka här för att ange text |
| **Använder personen mobiltelefon eller surfplatta?** (Ange i så fall modellen.) Klicka här för att ange text |
| **Ange om personen har tillgång till någon form av internet:**  Wifi i bostaden  Mobilsurfabonnemang |