Du kan använda checklistan som ditt eget stöd vid kartläggning.

Vill du skicka in den till oss gör du en arbetsorder för utprovningsstöd i WebSesam samt mailar detta dokument, ifyllt, till hmv.blankett@regionvasterbotten.se

|  |
| --- |
| **Kontaktuppgifter** |
| Brukarens initialer            |
| Arbetsordernummer            |
| Förskrivarens namn            |
| Förskrivarens telefonnummer            |

|  |
| --- |
| Tänkt användningsområde |

* Beskriv röstnedsättningen, finns fonation?
* Förväntas besvären öka eller minska över tid?
* Vad är målsättningen/önskemålet från brukaren?
* Vad är målsättningen/önskemålet hos personer i brukarens omgivning, (anhöriga, personal m.fl.)?
* Var är det tänkt att hjälpmedlet ska användas? Ska detta följa personen över dygnet, enbart användas i hemmet/ arbetet/ skolan…?
* I vilka miljöer ska hjälpmedlet användas? Samtala en och en, i större sammanhang, störande ljud från omgivningen ex buller, bilen, vid telefonkontakt, utomhus (regnskydd, hörlurar), …?
* Ska röstförstärkaren vara portabel eller stationär?
* Vilken huvudstorlek har brukaren? Passar en standardhuvudbygel?
* Hur löser brukaren sina röstproblem idag? Hur fungerar vardagskommunikationen utan hjälpmedel?
* Vilken förändring hoppas man att hjälpmedlet ska åstadkomma?

|  |
| --- |
| Motorisk förmåga |

* Beskriv brukarens fysiska förmåga t ex greppförmåga och finmotorik. Rörelseförmåga, rollator, rullstol? Finns andra funktionsnedsättningar?
* Klarar brukaren att själv ta på/av huvudbygel, justera mikrofonläge och reglera volym?

|  |
| --- |
| Hörselförmåga |

* Finns hörselnedsättning hos; brukaren, anhörig?

|  |
| --- |
| Synförmåga |

* Finns synnedsättning? Skall röstförstärkaren användas tillsammans med glasögon?

|  |
| --- |
| Kognitiv förmåga |

* Har brukaren kognitiva begränsningar som påverkar användandet av hjälpmedlet?

Beskriv, (t.ex. insikt, initiativförmåga, förmåga att förstå instruktioner)

|  |
| --- |
| Kommunikationsförmåga |

* Finns artikulatorisk nedsättning?
* Finns andra faktorer som påverkar kommunikationsförmågan?

|  |
| --- |
| Provade alternativ / Befintliga hjälpmedel |

* Vilka andra hjälpmedel/ metoder/ strategier är provade?
* Finns andra hjälpinsatser av betydelse, (t ex. assistent, anhöriga m fl).

|  |
| --- |
| Inlärning av metod och produkt |

* Vem ansvarar för inträning? Hur ska inträningen gå till?
* Vem ansvarar för uppföljning? När ska den göras?
* Vilka personer är viktiga att involvera i brukarens nätverk?
* Övrigt:

För exempel på produkter, se [Hjälpmedel Västerbottens hemsida – Hjälpmedelssortiment – Kommunikation](https://www.regionvasterbotten.se/for-vardgivare/behandlingsstod-och-vardriktlinjer/hjalpmedel/hjalpmedelssortiment/kommunikation).