

Spørgeskema om effekt af Protac produkt til dagtimerne

Skemaet er ment som støtte til at lave en konkret individuel skriftlig dokumentation for effekten af Protac produktet for den enkelte bruger.

Punkt 1-2 udfyldes inden afprøvningen. Punkt 3-21 udfyldes efter afprøvningen.

Dato: _____

Afprøvningsperiode: _____

Hvem står for afprøvningen: _____

Navn på bruger: _____

Alder og evt. diagnose: _____

Hvorfor afprøves produktet til denne person? _____

Skemaet er udfyldt af:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brugeren selv | <input type="checkbox"/> Terapeuten |
| <input type="checkbox"/> Pårørende | <input type="checkbox"/> Anden person |

1: Hvilket produkt testes:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Protac MyFit [®] | <input type="checkbox"/> Protac SensOn [®] |
| <input type="checkbox"/> Protac SenSit [®] | <input type="checkbox"/> Protac GroundMe [®] |
| <input type="checkbox"/> Protac KneedMe [®] | <input type="checkbox"/> Protac Kuglepuden [™] |

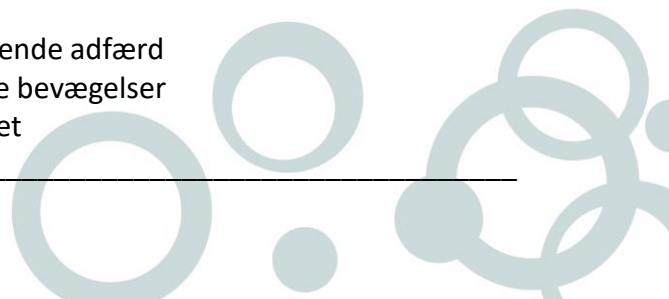
Evt. HMI-nummer/varenummer _____

2: Årsag til afprøvning af produktet - hvilke problematikker skal det afhjælpe?

Afkryds i alle relevante rubrikker

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Motorisk uro | <input type="checkbox"/> Koncentration/opmærksomhed |
| <input type="checkbox"/> Søvnproblemer | <input type="checkbox"/> Sociale problemer |
| <input type="checkbox"/> Psykisk uro | <input type="checkbox"/> Angst |
| <input type="checkbox"/> Smerter | <input type="checkbox"/> Selvskadende adfærd |
| <input type="checkbox"/> Taktil skyhed | <input type="checkbox"/> Ufrivillige bevægelser |
| | <input type="checkbox"/> Spasticitet |

Andet: _____



3: I hvilke situationer er produktet afprøvet? Afkryds alle relevante muligheder.

- Til at sove med
- Til hvile/pauser i løbet af dagen
- Til forberedelse for aktivitet
- Til at berolige
- Til fælles aktiviteter
- Til at øge koncentration og opmærksomhed

Andet: _____

4: Hvor længe ad gangen er produktet brugt?

- Under ½ time
- ½ - 1 time
- Mere end en time ad gangen

Andet: _____

Spørgsmålene 5-15 henviser til din besvarelse i punkt 2.

Det er kun nødvendigt at besvare de spørgsmål, der er relevante ift. dine afkrydsninger.

5: Har produktet[®] dæmpet den motoriske uro?

- Ja
- Nej

6: Har produktet afhjulpet søvnproblemerne?

- Ja
- Nej

7: Har produktet afhjulpet den psykiske/mentale uro?

- Ja
- Nej

8: Har produktet[®] afhjulpet smerterne?

- Ja
- Nej



9: Har produktet dæmpet den taktile skyhed?

- Ja
- Nej

10: Har produktet bedret koncentrationen/opmærksomheden?

- Ja
- Nej

11: Har produktet bedret den sociale angst?

- Ja
- Nej

12: Har produktet givet tryghed/dæmpet angsten?

- Ja
- Nej

13: Har produktet dæmpet den selvskadende adfærd?

- Ja
- Nej

14: Har produktet nedsat de ufrivillige bevægelser?

- Ja
- Nej

15: Har produktet bedret graden af spasticitet?

- Ja
- Nej

16: Uddybende kommentarer til punkt 5-15



21: Hvis produktet søges som hjælpemiddel, læs evt. Serviceloven § 112 og gør dig tanker om nedenstående:

21a: Har produktet påvirket den daglige selvhjulpenhed?

- Ja
 Nej

Uddyb evt.

21b: Har produktet afhjulpet den nedsatte funktionsevne?

- Ja
 Nej

Uddyb evt.

