

Min bok

Mitt namn: _____

Jag är född år: _____




Bild på mig

Vad jag gillar och inte

Jag gillar: _____

Jag gillar inte: _____

Så är jag speciell

Min grunddiagnos: _____

Övriga diagnoser jag har: _____

Annat som är speciellt med mig: _____

Vad du behöver veta om mig

Om jag har ont

Om jag har ont visar jag det genom att: _____

Jag brukar må bättre av: _____

Om jag behöver smärtlindrande läkemedel använder jag oftast: _____

Hjälp att se om jag har ont

	0 poäng	1 poäng	2 poäng
Ansikte	Neutralt uttryck eller ler	Bister uppsyn, rynkar pannan av och till, tillbakadragen, ointresserad	Rynkad panna ofta eller hela tiden, darrande haka, hopbitna käkar
Ben	Normal ställning eller avslappnad	Oroliga, rastlösa eller spända ben	Sparkar eller uppdragna ben
Aktivitet	Ligger lugnt, normal position, rör sig obehindrat	Skruvar sig, ändrar ofta ställning, spänd	Böjd och spänd, rycker till eller stel
Gråt	Ingen gråt	Gnäller eller jämrar sig, klagar av och till	Gråter hela tiden, skriker eller snyftar, klagar ofta
Tröstbarhet	Nöjd, avslappnad	Kan lugnas med beröring, kramar eller prat. Kan avledas	Svår att trösta eller lugna

Den som gör bedömningen tittar på dig under några sekunder och räknar ihop poängen.

0 poäng = ingen smärta alls, 10 poäng = värsta tänkbara smärta. Upprepa gärna smärtbedömningen i olika situationer, flera gånger per dag för att få en helhetsbild över ett eller flera dygn.

Min familj

Namn: _____ är min: _____

Telefon: _____ e-post: _____

Namn: _____ är min: _____

Telefon: _____ e-post: _____

Namn: _____ är min: _____

Telefon: _____ e-post: _____

Namn: _____ är min: _____

Namn: _____ är min: _____

Namn: _____ är min: _____

Släkt och vänner

Namn: _____ är min: _____

Telefon: _____ e-post: _____

Namn: _____ är min: _____

Telefon: _____ e-post: _____

Namn: _____ är min: _____

Telefon: _____ e-post: _____

Namn: _____ är min: _____

Telefon: _____ e-post: _____

Namn: _____ är min: _____

Telefon: _____ e-post: _____

Min assistent och personal

Namn: _____ telefon: _____

Namn: _____ telefon: _____

Dagar och tider min assistent/personal finns hos mig: _____

Det här hjälper min assistent/personal mig med: _____

Mitt habiliteringsteam

Min samordnare: _____ telefon: _____

Arbetsterapeut: _____ telefon: _____

Dietist: _____ telefon: _____

Kurator: _____ telefon: _____

Logoped: _____ telefon: _____

Läkare: _____ telefon: _____

Psykolog: _____ telefon: _____

Sjukgymnast: _____ telefon: _____

Sjuksköterska: _____ telefon: _____

Specialpedagog: _____ telefon: _____

_____ telefon: _____

_____ telefon: _____

Här bor jag

Platsen där jag bor heter: _____

Adress: _____

Telefon: _____

Kontaktperson: _____

Telefon till kontaktperson: _____

Bra att veta mer: _____

Här är jag på dagarna

Min förskola/skola/dagliga verksamhet heter: _____

Adress: _____

Telefon: _____

Kontaktperson: _____

Telefon till kontaktperson: _____

Dagar och tider jag är här: _____

Här är jag ibland

Mitt korttidsboende/stödfamilj heter: _____

Adress: _____

Telefon: _____

Kontaktperson: _____

Telefon till kontaktperson: _____

Dagar och tider jag är här: _____

Det här äter jag

- Jag äter "vanlig" mat
- Jag äter konsistensanpassad mat
- Jag har kosttillägg/berikning, sort: _____ mängd: _____
- Jag har sondnäring, total mängd/dygn: _____
- Jag får extra vätska, total mängd/dygn: _____
- Jag äter specialkost, från och med datum: _____

Dietist: _____

Jag är allergisk mot: _____

Jag är överkänslig för: _____

Bra att veta mer: _____

Mina måltider

Klockan: _____ äter jag: _____

Klockan: _____ äter jag: _____

Klockan: _____ äter jag: _____

Klockan: _____ äter jag: _____

Klockan: _____ äter jag: _____

Klockan: _____ äter jag: _____

Klockan: _____ äter jag: _____

Det här dricker jag till maten/mellan måltiderna: _____

Så här sitter jag vid bordet: _____

Jag använder detta hjälpmedel: _____

Så här bajsar jag

Då brukar jag bajsar: _____

Så här sitter/ligger jag: _____

Mediciner jag tar för magen/tarmen: _____

Klockan: _____ tar jag: _____

Klockan: _____ tar jag: _____

Så här kissar jag

Då brukar jag kissa: _____

Hjälpmedel jag använder när jag kissar, t ex tappningskateter: _____

Jag använder blöja, sort: _____ storlek: _____

Bra att veta mer: _____

Min syn

Jag använder glasögon alltid de här tiderna: _____

Min optiker heter: _____ Telefon: _____

Jag använder solglasögon när: _____

Jag använder synhjälpmedlet: _____ när: _____

Bra att veta mer: _____

Min hörsel

Jag använder det här hörselhjälpmedlet: _____

Tänk på det här när du kommunicerar med mig: _____

Jag behöver hjälp med tolkning så här: _____

Min längd, vikt, puls och temp

Min längd: _____ datum: _____

Min vikt: _____ datum: _____

Min puls när jag är frisk: _____

Min temperatur när jag är frisk: _____

Bra att veta mer: _____

Min medicin

Jag använder medicin för:

Viktigt att veta om mig och mina mediciner:

Mina hjälpmedel

Jag använder: _____ när: _____

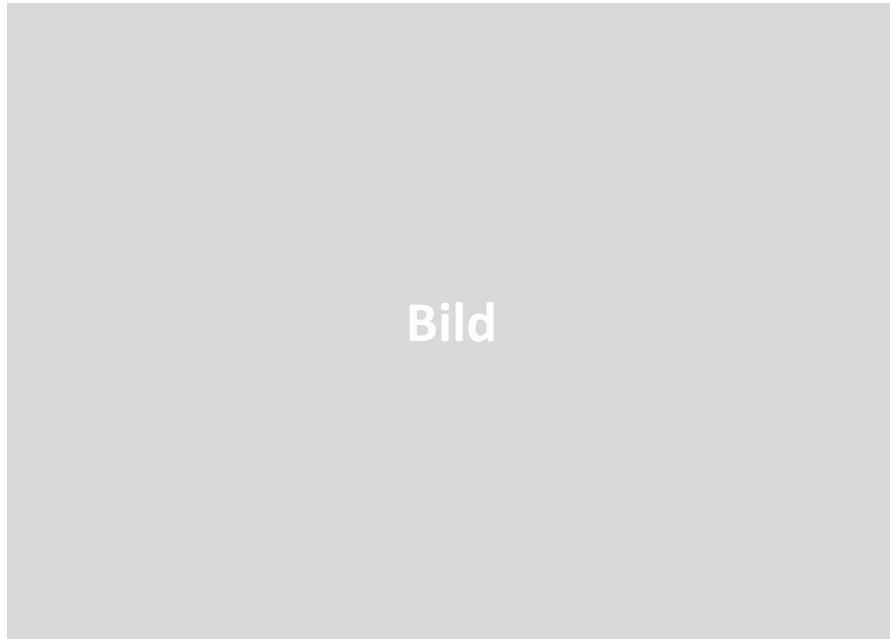
Jag använder: _____ när: _____

Jag använder: _____ när: _____

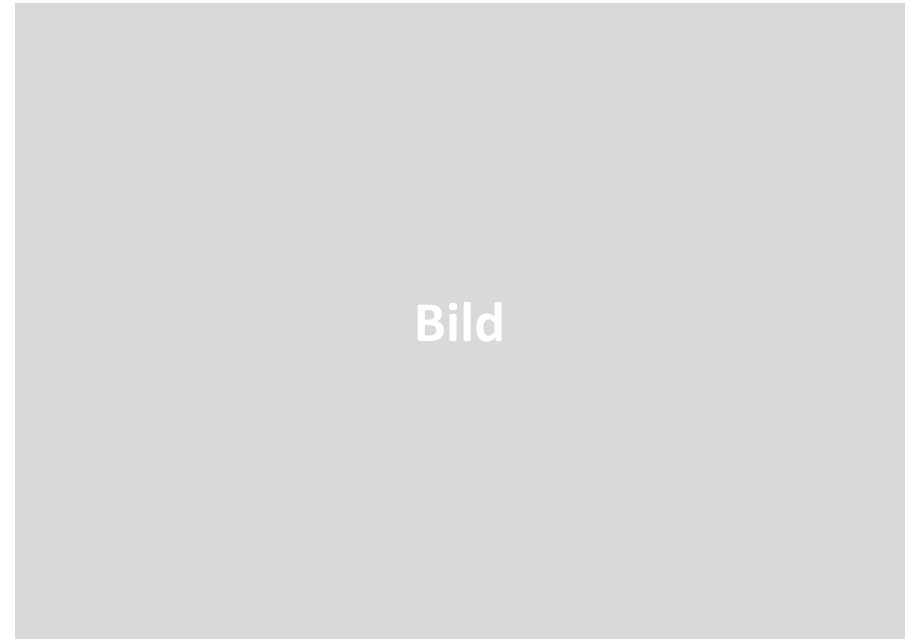
Jag använder: _____ när: _____

Bra att veta mer: _____

Så här ser mina hjälpmedel ut



Här är jag när jag: _____



Här är jag när jag: _____

Min LSS-handläggare

Min LSS-handläggare heter: _____

Telefon: _____

Område: _____

Bra att veta mer: _____

Mina viktiga telefonnummer

Taxi: _____

Färdtjänst: _____
