

B.1.4 Bilaga 1

Hjälpmedelscentralen

**Kartläggning av förmågor och behov inför eventuell förskrivning av avancerad samtalsapparat**

Detta dokument ligger till grund för utprovning. Det ska fyllas i av förskrivare och skickas till konsulent på hjälpmedelscentralen inför utprovning.

|  |
| --- |
| Arbetsordernummer i websesam:  |

**Vad är målet med förskrivning av samtalsapparat?**

|  |
| --- |
|  |

**Har eller har användaren haft samtalshjälpmedel? Hur har dessa fungerat?**

|  |
| --- |
|  |

**Hur kommunicerar brukaren idag (t ex samtalsapparat, tal, ljud, ögonpekning, bilder/symboler, gester, ansiktsuttryck, tecken, skriven text)?**

|  |
| --- |
|  |

**I vilka situationer/aktiviteter skulle en avancerad samtalsapparat förenkla?**

|  |
| --- |
|  |

**Vem/vilka kommer att ansvara för att ge stöd i användandet?**

|  |
| --- |
|  |

**Förmågor**

**Kognition:**

[ ]  Tolkar/ förstår bildsymboler bra [ ]  Bildsymboler inte aktuellt

[ ]  Tolkar/ förstår bildsymboler lite

[ ]  Oklart om användaren tolkar bild

**Övrigt kognition (t ex minne, uppmärksamhet, koncentration, initiativ- och inlärningsförmåga, motivation)**

|  |
| --- |
|  |

**Språklig:**

[ ]  Normal språkförmåga [ ]  Kan stava och skriva bra

[ ]  Språkförmågan påverkad [ ]  Kan stava och skriva lite

[ ]  Språkförmågan klart begränsad [ ]  Kan läsa

**Övrigt språklig förmåga (t ex modersmål, flerspråkig):**

|  |
| --- |
|  |

**Användarens tal:**

[ ]  Inget eget tal [ ]  Talar lite men svårt/ uttröttbar [ ]  Talet är svårt att höra/ förstå

**Syn:**

**Syn, visuell perception, kontakt med synverksamhet?**

|  |
| --- |
|  |

**Hörsel:**

**Hörsel, audiotiv perception, kontakt med hörselverksamhet?**

|  |
| --- |
|  |

**Finmotorik:**

**Sätt att välja:**

[ ]  Direktpekning/ direkttryck [ ]  Scannande välja med kontakt

[ ]  Alternativt styrsätt, till exempel ögonstyrning eller huvudmus

**Om direktpekning tryckning med:**

[ ]  Hel hand [ ]  Tumme [ ]  Pekfinger [ ]  Annat [ ]  Vänster [ ]  Höger

**Övrig motorik (t ex rörelseomfång/räckvidd, bålstabilitet, huvudkontroll):**

|  |
| --- |
|  |

**Välj storleksyta/ tryckyta (exempelvis 3x3 cm) som du tror är rätt för användaren:**

|  |
| --- |
|  |

**Antal bilder på en sida (kognitivt):**

|  |
| --- |
|  |

**Produkt som användare/ förskrivare nämnt/ talat om inför eventuell förskrivning:**

|  |
| --- |
|  |

**Ange gärna exempel på användarens intressen för att hjälpmedelscentralen ska kunna förbereda en bra utprovningssituation:**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum: | Förskrivare: | Telefon: |