

Personnr: _____ Namn: _____

ID-nr Compos: _____ Habiliteringsenhet: _____

HabQ-formulär

Uppföljning av barn och ungdom med Autism

9, 12, 15 och 18 år

Checklista		Signatur
Demografiska data	Kurator <input type="checkbox"/>	_____
Medicinska bakgrundsdata	Läkare <input type="checkbox"/>	_____
BMI	Läkare <input type="checkbox"/>	_____
Kognition vid behov	Psykolog <input type="checkbox"/>	_____
	Annan person <input type="checkbox"/>	_____
Vineland	Psykolog <input type="checkbox"/>	_____
	Annan <input type="checkbox"/>	_____
	profession <input type="checkbox"/>	_____
EQ-5D-Y	Kurator <input type="checkbox"/>	_____
TOM - valbar	Logoped <input type="checkbox"/>	_____
Utredningsenkät vid förnyad utredning av diagnos	Läkare/psykolog <input type="checkbox"/>	_____
MPOC-20	<input type="checkbox"/>	_____
Åtgärdsuppföljning sker enligt anvisningar, se HabQ hemsida - www.liu.se/habq		

Landsting/regioner i samarbete med Linköpings universitet, Institutionen för medicin och hälsa, avdelningen för fysioterapi.

Demografiska data

Datum för insamling av data:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
År	Mån	Dag

Tolk användes vid datainsamling

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja

Familj

Modern är biologisk förälder

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja

Födelseår för modern

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
År			

Fadern är biologisk förälder

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja

Födelseår för fadern

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
År			

Modern är född i annat land

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja

Modern immigrerat från: _____

Modern kom till Sverige år:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
År			

Modern behöver tolk

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja

Fadern är född i annat land

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja

Fadern immigrerat från: _____

Fadern kom till Sverige år:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
År			

Fadern behöver tolk

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja

Barnet bor tillsammans med Båda föräldrarna Modern Fadern Växelboende

Annat boende: _____

Syskon

Syskon (hel eller halvbiologiska) Nej Ja

Syskons födelseår

--	--	--	--	--

, år

--	--	--	--	--

, år

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

, år

--	--	--	--	--

, år

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

, år

--	--	--	--	--

, år

Samhällsstöd

Vårdbidrag Nej Ja

Hur mycket vårdbidrag 25% 50% 75% 100%

Insatser enligt SoL Nej Ja

Vilka insatser enligt SoL: _____

Insatser enligt LSS 9§ Nej Ja

Om ja, kryssa i vilka Rådgivning och annat personligt stöd Nej Ja

Personlig assistent Nej Ja

Antal timmar/vecka

mindre än 10	<input type="checkbox"/>
≥ 10-20	<input type="checkbox"/>
≥ 20-40	<input type="checkbox"/>
mer än 40	<input type="checkbox"/>

Ledsagarservice	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Kontaktperson	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Avlösarservice i hemmet	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Korttidsvistelse utanför det egna hemmet	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Personlig assistand enligt LASS

Nej Ja

Antal timmar/vecka personlig assistent enligt LASS

20-40

41-60

mer än 60

Samordnad plan enligt SOFS§2008:20

Nej Ja

Färdtjänst

Nej Ja

Bilstöd

Nej Ja

Individuell plan enligt LSS 10§

Nej Ja

Habiliteringsplan enligt HSL

Nej Ja

Samordnad individuell plan (SIP)

Nej Ja

Skola

Vistelse dagtid:

Grundskola Ja

Särskola Grundsärskola Ja

Särskola Träningskola Ja

Specialskola Ja

Gymnasieskola Ja

Gymnasiesärskola Ja

Om ja, välj: Nationellt program Ja

Individuellt program Ja

Skolbarnsomsorg/fritids Nej Ja

Extra resurser i skola/barnomsorg Nej Ja

Om ja, vad: Stöd av specialpedagog/speciallärare

Assistent/resurs tillsatt av förskola/skola

Personlig assistent enligt LSS/LASS

Insatser enligt LSS 9§

Nej Ja

För grundskolebarn

Genomfört nationella prov

Nej Ja

Godkänt i kärnämnen:

Svenska

Nej Ja

Engelska

Nej Ja

Matematik

Nej Ja

Fritid

Deltar barnet i några fritidsaktiviteter?

Nej Ja

Om ja, vilka aktiviteter _____

Hur ofta?

en eller flera gånger/ vecka

en eller flera gånger/månad

mer sällan

Träffar barnet andra barn/ungdomar på sin fritid för att leka eller umgås?

Nej Ja

Om ja, hur ofta?

en eller flera gånger/ vecka

en eller flera gånger/månad

mer sällan

Kompisnätverk:

1 kompis

2-3 kompisar

4 kompisar eller fler

OBS!

Bakgrundsfrågor kring socio-emotionellt och praktiskt stöd till föräldrar/vårdnadshavare

finns på sid 15.

Medicinska bakgrundsdata

Datum för insamling av data:

År	Mån	Dag

Tolk användes vid datainsamling

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja

Tilläggsdiagnoser

Tal- och/eller språkstörning (F 80)

Nej Ja

Epilepsi

Nej Ja

Terapieresistent epilepsi (> 1g/mån, trots 2 års behandling)

Nej Ja

ADHD (F90)

Nej Ja

Lindrig utvecklingsstörning (F 70)

Nej Ja

Måttlig till svår utvecklingsstörning (F71-73)

Nej Ja

Övriga medicinska och neurologiska diagnoser (Text och nummer enl ICD 10/BAD 97)

Skriv diagnostext + kod

Anamnes

Ärftlighet

Autismspektrumstörning hos

Syskon Förälder Annan släkting

Andra utvecklingsavvikelser (ADHD, utvecklingsstörning, dyslexi) hos

Barnets sjukhistoria

Prenatala problem av betydelse

Nej Ja

Perinatala problem av betydelse (0 -7 dgr)

Nej Ja

Postnatala problem av betydelse (7 dgr – 2 år)

Nej Ja

Beskriven tillbakagång i utvecklingen?

Nej Vid vilken ålder? ____år Ja

Medicinsk utredning

Klinisk bedömning av barnläkare

Nej

Ja

Genetisk utredning

Kromosomanalys

Påbörjad

Ja

Nej

Ua

DNA-analys F-X

Påbörjad

Ja

Nej

Ua

Mikroarray

Påbörjad

Ja

Nej

Ua

Annat.....

Påbörjad

Ja

Nej

Ua

Fynd: _____

Andra medicinska utredningar som visat avvikelser av betydelse

Fynd: _____

Fynd: _____

Annat

Syn

Ua

CVI

Hemianopsi

Synsvag 0.1-0.3

Blind < 0.1

Vet ej

Hörsel

Ua

Nedsatt hörsel UNS

Hörapparat

Döv

Cochleaimplantat

Vet ej

Övriga problemområden av betydelse för barnet och/eller familjen

Sömnsvårigheter

Ja

Nej

Vet ej

Nutritionsproblematik

Ja

Nej

Vet ej

Urininkontinens (enures)

Ja

Nej

Vet ej

Blåstömning/rubbning

Ja

Nej

Vet ej

Tarminkontinens (enkopres)

Ja

Nej

Vet ej

Förstoppning

Ja

Nej

Vet ej

Perceptuella avvikelser:

Taktil

Ja

Nej

Vet ej

Auditiv

Ja

Nej

Vet ej

Visuell

Ja

Nej

Vet ej

Läkemedel vid registreringstillfället

NO3A+, Läkemedel mot epilepsi	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
NO5A+, Neuroleptika (inklusive klozapin)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
NO5B + RO6AD, Lugnande medel och antihistamin i lugnande syfte	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
NO5C, Sömnmedel inklusive Melatonin	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
NO6A, Antidepressiva medel	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
NO6B, Psykostimulantia, medel vid ADHD	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
NO5ANO1, Litium	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Datum för insamling av data:

År	Mån	Dag

BMI

Längd cm		cm
----------	--	----

Vikt kg		kg
---------	--	----

Beräkning av BMI sker autom. i Compos

Kognitiva funktioner – görs vid behov.

Ej vid givna åldrar

Datum

År	Mån	Dag

Tolk användes vid datainsamling

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja

Hänthet Hö Vä Ambidexter

Orsak till förnyad kognitiv bedömning

1. För skolplacering Ja Nej
2. Habiliteringsåtgärd Ja Nej
3. Eget önskemål Ja Nej
4. Annan orsak Vilken: _____

Begåvningsnivå

Enbart observation/klinisk bedömning Ja

Metod

WISC-IV Nej Ja

WPPSI-III Nej Ja

WAIS Nej Ja

Annan bedömning:

Annan bedömning:

Merill-Palmer Ja del av test Nej

Griffith's Ja del av test Nej

Leiter Ja del av test Nej

Wechsler nonverbal scales of ability Ja del av test Nej

Annat Ja

Bedömning av kognition enligt ICD-10

Bedömningen genomförd av:	
Habiliteringen	<input type="checkbox"/>
Annan instans	<input type="checkbox"/>
Oklar Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Om nej (ställningstagande av kognitionsnivå):	
Bedömningen stödjer:	
Ingen utvecklingsstörning	<input type="checkbox"/>
Lindrig utvecklingsstörning (F70)	<input type="checkbox"/>
Måttlig utvecklingsstörning (F71)	<input type="checkbox"/>
Svår eller grav utvecklingsstörning (F72-F73)	<input type="checkbox"/>
Ospecificerad utvecklingsstörning (F79)	<input type="checkbox"/>

Datum för insamling av data:

År	Mån	Dag

Tolk användes vid datainsamling

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja

WPPSI-III skalpoäng

*Blockmönster (Bl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Information (In)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Matriser (Ma)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Ordförråd (Or)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Bildkategorier (Br)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Symbolletning (Sy)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Slutledning (Sl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Kodning (Ko)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Förståelse (Fö)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bildkomplettering (Bk)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Likheter (Li)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Ordigenkänning (Oi)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Figursammansättning (Fi)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Bildbenämning (Bb)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

WISC-IV skalpoäng

Med tidsasp Utan tidsasp

*Blockmönster (Bl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Likheter (Li)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Sifferrepetition (Sr)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Bildkategorier (Br)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Kodning (Ko)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Ordförråd (Or)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Bokstavs-siffer-serier (Bs)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Matriser (Ma)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Förståelse (Fö)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*Symbolletning (Sy)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bildkomplettering (Bk)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Djurlatning (Dj)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Information (In)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aritmetik (Ar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Slutledning (Sl)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Obligatoriska uppgifter för summering av domäner

WPPSI-III	Summa delområden
Verbal	Summeringar av Compos
Performance	
Snabbhet	
Hela skalan	
Basalt språk	

WISC-IV	Summa delområden
Verbal	Summeringar av Compos
Perceptuell	
Snabbhet	
Arbetsminne	
Hela skalan	

Skattad bedömning

Utifrån testning signifikansnivå $p < 0,05$	Ja <input type="checkbox"/>
Verbal större än perceptuell funktion	Ja <input type="checkbox"/>
Perceptuell funktion större än verbal funktion	Ja <input type="checkbox"/>
Ingen signifikant skillnad	Ja <input type="checkbox"/>

Vineland-II – Görs vid givna åldrar 9, 12, 15, 18år

Datum för bedömning:

År	Mån	Dag

Ålder vid test

År	Mån

Relation till barnet: Mor Far Mor + Far Annan närstående

Delskala	råpoäng
<i>Lyssna och förstå</i>	
<i>Tala och uttrycka sig</i>	
<i>Läsa och skriva</i>	
<i>Självomsorg</i>	
<i>Färdigheter i hemmet</i>	
<i>Orientering i närmiljön</i>	
<i>Relationsförmåga</i>	
<i>Lek och fritid</i>	
<i>Anpassningsförmåga</i>	
<i>Grovmotorik</i>	
<i>Finmotorik</i>	

Maladaptivt beteende	råpoäng
<i>Internalisering</i>	
<i>Externalisering</i>	
<i>Annan beteendeproblematik</i>	
<i>Kritiska beteenden</i>	

Generell självskattad hälsa

Mätning av hälsorelaterad livskvalitet bland barn – EQ-5D-Y

Görs vid givna åldrar 9, 12, 15, 18 år

Självskattning av barnet

Datum för insamling av data:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
År	Mån	Dag

Tolk användes vid datainsamling

Nej
Ja

Kunna röra sig	1-3	<input type="text"/>
Ta hand om sig själv	1-3	<input type="text"/>
Göra vanliga aktiviteter	1-3	<input type="text"/>
Ha ont eller ha besvär	1-3	<input type="text"/>
Känna sig orolig eller ledsen	1-3	<input type="text"/>

VAS (mm)

Proxyskattning av förälder/närstående

Datum för insamling av data:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
År	Mån	Dag

Tolk användes vid datainsamling

Nej
Ja

Kunna röra sig	1-3	<input type="text"/>
Ta hand om sig själv	1-3	<input type="text"/>
Göra vanliga aktiviteter	1-3	<input type="text"/>
Ha ont eller ha besvär	1-3	<input type="text"/>
Känna sig orolig eller ledsen	1-3	<input type="text"/>

VAS (mm)

Kommunikation – språk – ätande

TOM är valbar bedömning

Datum

År		Mån		Dag	

Tolk användes vid datainsamling

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	Ja

Observation

Intervju

Formell testning

	Tal och språk 1	Fonologi 2	Dysartri 3	Dysfagi 5	Kommuni- kativ effektivitet Appendix
Funktionsnedsättning	*				
Aktivitet					
Delatighet					

* Siffrorna hänvisar till diagnosspecifik skala.

Utredningsenkät vid förnyad utredning av diagnos

Datum vid förnyad utredning vid diagnos:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
År	Mån	Dag

Förnyad autismutredning utförd av: Habiliteringen
Annan instans

Orsak till förnyad utredning av diagnos:

Föräldrars önskemål ja

Eget önskemål ja

Annan orsak ja

Om ja, ange orsak: _____

Förnyad utredning stödjer:

	ICD-10	DSM-IV
Autistiskt syndrom	F84.0	<input type="checkbox"/> 299.00 <input type="checkbox"/>
Autismliknande tillstånd	F84.1/F84.9	<input type="checkbox"/>
Aspergers syndrom	F84.5	<input type="checkbox"/>

Annan slutsats: _____

Åtgärdsuppföljning efter avslutad MII alternativt annan metod

Vid avslutad åtgärdsuppföljning enligt MII alternativt annan metod fortsätter åtgärdsuppföljningen med KVÅ-koder enligt samma modell som vid Föräldrastöd.

Åtgärdena registreras löpande på händelsedatum kontinuerligt under barnets uppväxt och följer således inte den övriga HabQ uppföljningen som görs vid givna åldrar.

Under varje åtgärd anges till vem åtgärden är riktad enligt samma modell som MII:

Personen själv (NYTT TILLÄGG)

Nätverket + personen

Nätverket

Observera att åtgärdsuppföljningen sker enligt särskilda anvisningar,

se HabQ hemsida – www.liu.se/habq