

Personnr: _____ Namn: _____

ID-nr Compos: _____ Habiliteringsenhet: _____

Hälsouppföljning av barn och ungdom med Cerebral Pares

12 år

Checklista			Signatur
Demografiska data	Kurator	<input type="checkbox"/>	_____
Medicinska bakgrundsdata	Läkare	<input type="checkbox"/>	_____
Kognition	Psykolog	<input type="checkbox"/>	_____
Uppmärksamhet i dagligt liv	Specialpedagog	<input type="checkbox"/>	_____
	Annand person	<input type="checkbox"/>	_____
Aktiviteter:			
Finmotorisk förmåga	Arbetsterapeut	<input type="checkbox"/>	_____
Grovmotorisk förmåga	Sjukgymnast	<input type="checkbox"/>	_____
PEDI	Arbetsterapeut	<input type="checkbox"/>	_____
	Kurator	<input type="checkbox"/>	_____
	Logoped	<input type="checkbox"/>	_____
	Psykolog	<input type="checkbox"/>	_____
	Sjukgymnast	<input type="checkbox"/>	_____
	Specialpedagog	<input type="checkbox"/>	_____
	Sjuksköterska	<input type="checkbox"/>	_____
TOM, kommunikation, språk/ät funktion	Logoped	<input type="checkbox"/>	_____
EQ-5D-Y skattning av barnet	Kurator	<input type="checkbox"/>	_____
EQ-5D-Y skattning av förälder	Kurator	<input type="checkbox"/>	_____
MPOC			_____

Antal kontakter med Habiliteringen:

Definition av antal kontakter/insatser under 1 år: 1 = 0, 2 = 1-10, 3 = 11-20, 4 = 21-40 och 5 = 41-uppåt.

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

Nej
Ja

Familj

Fadern kom till Sverige år:

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

Modern kom till Sverige år:

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

Modern är biologisk förälder

Nej

Ja

Födelseår för modern

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

Fadern är biologisk förälder

Nej

Ja

Födelseår för fadern

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

Modern är född i annat land

Nej

Ja

Modern immigrerat från: _____

Modern behöver tolk

Nej

Ja

Fadern är född i annat land

Nej

Ja

Fadern immigrerat från: _____

Fadern behöver tolk

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
≥ 10-20
≥ 20-40
mer än 40

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 assistans enligt socialförsäkringsbalken (SFB)

Nej Ja

Antal timmar/vecka personlig assistent enligt SFB

20-40
41-60
mer än 60

Samordnad plan enligt SOSFS§2008:20	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Färdtjänst	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Bilstöd	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Individuell plan enligt LSS 10§	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Habiliteringsplan enligt HSL	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Samordnad individuell plan (SIP)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Skola (välj ett alternativ)	
Vistelse dagtid:	
Skolbarnsomsorg/fritids	Ja <input type="checkbox"/>
Grundskola	Ja <input type="checkbox"/>
Särskola Grundsär	Ja <input type="checkbox"/>
Särskola Träningskola	Ja <input type="checkbox"/>
Specialskola	Ja <input type="checkbox"/>

Extra resurser i skola/barnomsorg

Nej Ja

Om ja, vad: Stöd av specialpedagog/speciallärare
Assisten/resurs tillsatt av förskola/skola
Personlig assistent enligt LSS/LASS

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 17.

Medicinska bakgrundsdata

Datum för insamling av data:

År	Mån	Dag

Tolk användes vid datainsamling

Nej
Ja

CP-typer

Spastisk	Bilateral	Tetraplegi	G80.0	<input type="checkbox"/>
		Diplegi	G80.1	<input type="checkbox"/>
	Unilateral	Hemiplegi	G80.2	<input type="checkbox"/>
Dyskinetisk	Tonusväxling		G80.3A	<input type="checkbox"/>
	Koreo-atetos		G80.3B	<input type="checkbox"/>
	Ataxi		G80.4	<input type="checkbox"/>
CP-övrig			G80.9	<input type="checkbox"/>

} **GMFCS**
I - V

CT/MR hjärna Nej

Ja

Datum för röntgen

År	Mån	Dag

Fynd: _____

Prenatal skada

Perinatal skada

Postnatal skada

Oklar tidpunkt

Tilläggshandikapp

Syn:	Hörsel:	
Ua <input type="checkbox"/>	Ua <input type="checkbox"/>	
CVI <input type="checkbox"/>	Nedsatt hörsel UNS <input type="checkbox"/>	
Hemianopsi <input type="checkbox"/>	Hörapparat <input type="checkbox"/>	
Synsvag 0.1-0.3 <input type="checkbox"/>	Döv <input type="checkbox"/>	
Blind mindre än 0.1 <input type="checkbox"/>		
Språk/talsvårigheter	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Dysfagi/sväljningsvårigheter	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Epilepsi (OBS diagnos ovan)	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Terapieresistent > 1g/mån, trots 2 års behandling	Ja <input type="checkbox"/>	
Autism	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Autismspektrumstörning	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Blåsfunktion:

Inkontinens: Nej Ja

Tömningsrubbning Nej Ja

Tarmfunktion:

Tarminkontinens: Nej Ja

Förstoppning Nej Ja

Höftledsluxation:

Nej Hö Vä

Scolios Ja Nej

Bilat

Grader _____

Gastrostomi/sond Nej Ja

Datum för insamling av data:

År	Mån	Dag

Tillväxt/BMI

Längd cm cm

Vikt kg kg

Beräkning av BMI sker automatiskt i
Compos

Små barn mäts liggande på mätbräda. En person (oftast förälder) håller barnets huvud mot huvudplattand. Personal sträcker barnets ben, trycker försiktigt ner knäna mot underlaget – fötterna mot fotplattan. Läs av skalan.

Större barn som kan stå mäts stående. Barnet står mot mätstickan. Hämlarna mot väggen, fötterna ihop och tittar rakt fram. Mätstickans huvudplatta ska ligga an mot barnets huvud med ett lätt tryck. Läs av på skalan.

Barn som inte kan stå mäts liggande på brits med ett måttband. Lägg en platta bakom huvudet vågrätt mot britsen, räta ut benen, tryck försiktigt ned knäna mot underlaget. Lägg måttbandet från plattan och mät längden mot britsen. Om man ej kan räta ut benet pga kontrakturer mäts benet genom att lägga måttbandet mot utsidan av benet. Detta blir en cirka-längd.

Har barnet olika längd på benen, mät det längsta benet.

Kognitiva funktioner

Datum för insamling av data:

År	Mån	Dag

Tolk användes vid datainsamling

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

Hänthet Hö Vä Ambidexter

Begåvningsnivå

Enbart observation/klinisk bedömning Ja

Metod

WISC-IV Nej Ja

WPPSI-III Nej Ja

WAIS Nej Ja

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:

Ar	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"/>
Djurletning (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
Summeringar av Compos	
Verbal = In+Or+Sl	
Performance = Bl+Ma+Br	
Snabbhet = Ko+Sy	
Hela skalan = Summa alla 8*	
Basalt språk = Oi+Bb	

WISC-IV	Summa delområden
Summeringar av Compos	
Verbal = Li+Or+Fö	
Perceptuell = Bl+Br+Ma	
Snabbhet = Ko+Sy	
Arbetsminne = Sr+Bb	
Hela skalan = Summa alla 10*	

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"/>

Uppmärksamhet i dagligt liv

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

I skolverksamhet

Att vidmakthålla sin uppmärksamhet (d160 enligt ICF)

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| Ingen svårighet | <input type="checkbox"/> |
| Lätt svårighet | <input type="checkbox"/> |
| Måttlig svårighet | <input type="checkbox"/> |
| Stor svårighet | <input type="checkbox"/> |
| Total svårighet | <input type="checkbox"/> |
| Ej specificerbart | <input type="checkbox"/> |
| Ej tillämbart | <input type="checkbox"/> |

Aktiviteter

Finmotorisk förmåga

Datum för insamling av data:

År		Mån		Dag	

Tolk användes vid datainsamling

Nej
Ja

Manual Ability Classification System (MACS)

1-5

Grovmotorisk förmåga

Datum för insamling av data:

År		Mån		Dag	

Tolk användes vid datainsamling

Nej
Ja

Gross Motor Function Classification System (GMFCS)

1-5

GMFM-66 ej testat på grund av:

Mindre än
mätområdet

Större än
mätområdet

Gross Motor Function Measure (GMFM-66) score

,

GMFM-66 konfidensintervall (95%) undre

, övre,

Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)

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

PEDI ej testat på grund av:

Mindre än
mätområdet
golfeffekt

Större än
mätområdet
takeffekt

Funktionella färdigheter

Personlig vård

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

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medelvårdets medelfel (1 SE)			

Rörelseförmåga

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

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medelvårdets medelfel (1 SE)			

Social förmåga

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

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medelvårdets medelfel (1 SE)			

Hjälpbehov

Hjälpbehov

totalt

inget

Personlig vård

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

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medelvårdets medelfel (1 SE)			

Rörelseförmåga

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

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medelvårdets medelfel (1 SE)			

Social förmåga

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

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medelvårdets medelfel (1 SE)			

Antal anpassningar

Personlig vård

Inga
Allmänna
Hjälpmedel
Omfattande

Rörelseförmåga

Inga
Allmänna
Hjälpmedel
Omfattande

Social förmåga

Inga
Allmänna
Hjälpmedel
Omfattande

Generell självskattad hälsa

Mätning av hälsorelaterad livskvalitet bland barn

Självskattning av barnet

Datum för insamling av data:

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

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)

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

Proxy-skattning av förälder

Datum för insamling av data:

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

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)

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

Kommunikation – språk - ätande

Datum för insamling av data:

År		Mån		Dag	

Tolk användes vid datainsamling

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

Observation
 Intervju
 Formell testing

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

* Siffrorna hänvisar till diagnosspecifik skala.

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

Datum för bedömning:

År	Mån	Dag			

Formuläret besvarat av: Mamma
Pappa
Båda föräldrarna
Annan

1.A Hur mycket hjälp får Du /Ni som föräldrar/vårdnadshavare från närstående kring Ditt/Ert barn?

1 2 3 4 5
Ingen Så mycket jag vill

1.B Hur nöjd är Du/Ni som föräldrar/vårdnadshavare med denna mängd hjälp från närstående?

1 2 3 4 5
Inte alls nöjd Mycket nöjd

2.A Hur mycket hjälp får Du/Ni som föräldrar/vårdnadshavare från icke-familjemedlemmar t ex vänner?

1 2 3 4 5
Ingen Så mycket jag vill

2.B Hur nöjd är Du/Ni som föräldrar/vårdnadshavare med denna mängd hjälp från icke-familjemedlemmar kring Ditt/Ert barn?

1 2 3 4 5
Inte alls nöjd Mycket nöjd

3. Hur lätt eller svårt tycker Du/Ni som föräldrar/vårdnadshavare det är att ordna barnvakt när Du/Ni vill/behöver det?

1 2 3 4 5
Mycket svårt Svårt Ibland lätt/Ibland svårt Lätt Mycket lätt