

Personnr: \_\_\_\_\_ Namn: \_\_\_\_\_

ID-nr Compos: \_\_\_\_\_ Habiliteringsenhet: \_\_\_\_\_

# Hälsouppföljning av barn och ungdom med Cerebral Pares

## 18 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"/>	_____
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

<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   
≥ 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 assistand enligt LASS**

Nej  Ja

Antal timmar/vecka personlig assistent enligt LASS

20-40   
41-60   
mer än 60

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

<b>Skola</b> (välj ett alternativ)	
<b>Vistelse dagtid:</b>	
Skolbarnsomsorg/fritids	Ja <input type="checkbox"/>
Grundskola	Ja <input type="checkbox"/>
Särskola Grundsärskola	Ja <input type="checkbox"/>
Särskola Träningsskola	Ja <input type="checkbox"/>
Specialskola	
Gymnasieskola	
Gymnasiesärskola	
Om ja: Nationellt program	Ja <input type="checkbox"/>
Individuellt program	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 13.

# Medicinska bakgrundsdata

Datum för insamling av data:

År	Mån	Dag

Tolk användes vid datainsamling

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

## CP-typer

<b>Spastisk</b>	Bilateral	Diplegi	G80.1	<input type="checkbox"/>
	Unilateral	Hemiplegi	G80.2	<input type="checkbox"/>
<b>Dyskinetisk</b>			G80.3	<input type="checkbox"/>
	Tonusväxling		G80.3A	<input type="checkbox"/>
	Koreo-atetos		G80.3B	<input type="checkbox"/>
<b>Ataxi</b>			G80.4	<input type="checkbox"/>
<b>Spastisk</b>	Bilateral	Tetraplegi	G80.8	<input type="checkbox"/>
<b>CP-övrig</b>			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

## Tillägghandikapp

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:	Tarmfunktion:
Inkontinens Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Tarminkontinens Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Tömningsrubbing Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Förstoppning Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Höftledsluxation:

Nej

Hö  Vä

Bilat

Scolios

Ja  Nej

Grader \_\_\_\_\_

Gastrostomi/sond Nej  Ja

Datum för insamling av data:

År	Mån	Dag

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. Hälarna 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.

# 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

				,			
--	--	--	--	---	--	--	--



## 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)

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)

