

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

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

# Hälsouppföljning av barn och ungdom med Cerebral Pares

## 3 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"/>	_____
	Annan 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"/>	_____
MPOC	<input type="checkbox"/>	_____

**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:

År	Mån	Dag

Tolk användes vid datainsamling

  
Nej  
Ja

## Familj

**Modern** är biologisk förälder

  
Nej  
Ja

Födelseår för modern

År

**Fadern** är biologisk förälder

  
Nej  
Ja

Födelseår för fadern

År

**Modern** är född i annat land

  
Nej  
Ja

**Modern** immigrerat från: \_\_\_\_\_

**Modern** kom till Sverige år:

År

**Modern** behöver tolk

  
Nej  
Ja

**Fadern** är född i annat land

  
Nej  
Ja

**Fadern** immigrerat från: \_\_\_\_\_

**Fadern** kom till Sverige år:

År

**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 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"/>

**Förskola/skola** (välj ett alternativ)

**Vistelse dagtid:**

Hemma hel dag

Ja

Förskola

Ja

Familjedaghem

Ja

Specialförskola

Ja

Skolbarnsomsorg/fritids

Nej  Ja

**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

OBS!

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

finns på sid 13.

# Medicinska bakgrundsdata

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

## CP-typer

<b>Spastisk</b>	Bilateral	Diplegi	G80.1	<input type="checkbox"/>	}	<input type="checkbox"/>	<b>GMFCS</b>
	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"/>			

CT/MR hjärna Nej  Ja

Datum för röntgen

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

Tömningsrubbnig Nej  Ja

Tarmfunktion:

Tarminkontinens: Nej  Ja

Förstoppning Nej  Ja

Höftledsluxation:

Nej  Hö  Vä

Scolios Nej  Ja

Bilat

Grader Nej  Ja  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:

År		Mån		Dag	

Tolk användes vid datainsamling

Nej

Ja

## Hemma eller i förskolan

Att vidmakthålla sin uppmärksamhet (d160 enligt ICF)

Ingen svårighet

Lätt svårighet

Måttlig svårighet

Stor svårighet

Total svårighet

Ej specificerbart

Ej tillämbart



# Aktiviteter

## Finmotorisk förmåga

Datum för insamling av data:

År		Mån		Dag	

Tolk användes vid datainsamling

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

Manual Ability Classification System (MACS)

1-5

## Grovmotorisk förmåga

Datum för insamling av data:

År		Mån		Dag	

Tolk användes vid datainsamling

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

Gross Motor Function Classification System (GMFCS-ER) 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Råpoäng	Normativ poäng	Medelvärkets medelfel (1 SE)	Skalpoäng	Medelvärkets medelfel (1 SE)
	Below 10 <			
	Above 90 >			

### Rörelseförmåga

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Råpoäng	Normativ poäng	Medelvärkets medelfel (1 SE)	Skalpoäng	Medelvärkets medelfel (1 SE)
	Below 10 <			
	Above 90 >			

### Social förmåga

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Råpoäng	Normativ poäng	Medelvärkets medelfel (1 SE)	Skalpoäng	Medelvärkets medelfel (1 SE)
	Below 10 <			
	Above 90 >			

## Hjälpbehov

Hjälpbehov

totalt

inget

### Personlig vård

Råpoäng

,   
Normativ poäng

,   
Medelvårdets  
medelfel (1 SE)

,   
Skalpoäng

,   
Medelvårdets  
medelfel (1 SE)

Below 10 <   
Above 90 >

### Rörelseförmåga

Råpoäng

,   
Normativ poäng

,   
Medelvårdets  
medelfel (1 SE)

,   
Skalpoäng

,   
Medelvårdets  
medelfel (1 SE)

Below 10 <   
Above 90 >

### Social förmåga

Råpoäng

,   
Normativ poäng

,   
Medelvårdets  
medelfel (1 SE)

,   
Skalpoäng

,   
Medelvårdets  
medelfel (1 SE)

Below 10 <   
Above 90 >

## Antal anpassningar

Personlig vård

Inga

Allmänna

Hjälpmedel

Omfattande

Rörelseförmåga

Inga

Allmänna

Hjälpmedel

Omfattande

Social förmåga

Inga

Allmänna

Hjälpmedel

Omfattande

# 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 testning

	* Tal och språk 1	Fonologi 2	Dysartri 3	Dysfagi 5	Kommuni- kativ effektivitet Appendix
<b>Funktionsnedsättning</b>	, <input style="width: 30px;" type="text"/>	, <input style="width: 30px;" type="text"/>	, <input style="width: 30px;" type="text"/>	, <input style="width: 30px;" type="text"/>	
<b>Aktivitet</b>	, <input style="width: 30px;" type="text"/>	, <input style="width: 30px;" type="text"/>	, <input style="width: 30px;" type="text"/>	, <input style="width: 30px;" type="text"/>	, <input style="width: 30px;" type="text"/>
<b>Delatighet</b>	, <input style="width: 30px;" type="text"/>			, <input style="width: 30px;" type="text"/>	, <input style="width: 30px;" type="text"/>

\* Siffrorna hänvisar till diagnosspecifik skala.

