

Personnr: _____ Namn: _____

ID-nr Compos: _____ Habiliteringsenhet: _____

Hälsouppföljning av barn och ungdom med Cerebral Pares

9 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"/>	_____
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

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 kom till Sverige år:

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

Modern behöver tolk

Nej

Ja

Fadern är född i annat land

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

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

Samordnad plan enligt SOFS§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 Träningsskola	Ja <input type="checkbox"/>
Specialskola	Ja <input type="checkbox"/>

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

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

Spastisk	Bilateral	Diplegi	G80.1	<input type="checkbox"/>	}	}	GMFCS
	Unilateral	Hemiplegi	G80.2	<input type="checkbox"/>			
Dyskinetisk			G80.3	<input type="checkbox"/>			
	Tonusväxling		G80.3A	<input type="checkbox"/>			
	Koreo-atetos		G80.3B	<input type="checkbox"/>			
Ataxi			G80.4	<input type="checkbox"/>			
Spastisk	Bilateral	Tetraplegi	G80.8	<input type="checkbox"/>			
CP-övrig			G80.9	<input type="checkbox"/>			

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"/>
Dysfagi/sväljningsvårigheter		Ja	<input type="checkbox"/>
Epilepsi (OBS diagnos ovan)		Nej	<input type="checkbox"/>
Terapieresistent > 1g/mån, trots 2 års behandling		Ja	<input type="checkbox"/>
Autism		Nej	<input type="checkbox"/>
Autismspektrumstörning		Ja	<input type="checkbox"/>

Blåsfunktion:

Inkontinens: Nej Ja

Tömningsrubbing 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:

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

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

<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)

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)

<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"/>
----------------------	----------------------	----------------------

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

Datum för bedömning:

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

Formuläret besvarat av:

Mamma	<input type="checkbox"/>
Pappa	<input type="checkbox"/>
Båda föräldrarna	<input type="checkbox"/>
Annan	<input type="checkbox"/>

1A. 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

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

1	2	3	4	5
Inte alls nöjd				Mycket nöjd

2A. 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

2B. 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