

Personnr: _____ Namn: _____

ID-nr Compos: _____ Habiliteringsenhet: _____

Uppföljning av barn med Autism i HabQ

Baslinje och insatser

Checklista	Datum	Signatur
Underlag för autism diagnos F84	<input type="checkbox"/>	_____
Misstänkt intellektuell funktionsnedsättning (skattad kognitiv nivå)	<input type="checkbox"/>	_____
Planerad habiliteringsinsats	<input type="checkbox"/>	_____
Vineland-II	<input type="checkbox"/>	_____
HSQ – Vardagliga situationer	<input type="checkbox"/>	_____
TOM (valbar, ej obligatorisk)	<input type="checkbox"/>	_____
Övriga diagnoser och hälsoproblem	<input type="checkbox"/>	_____
Mångsidiga insatser	<input type="checkbox"/>	_____

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

Information om utredning av diagnos F 84.0

Underlag för autism diagnos F84

Utredning för autism:

ADI-R ja
ADOS ja
DISCO ja
CARS ja
Endast klinisk bedömning enligt DSM IV(DSM-5)/ICD10 ja

Annat: _____

Autismutredningen utförd av: Habiliteringen

Annan instans

Baslinje

Misstänkt intellektuell funktionsnedsättning (skattad kognitiv nivå):

Nej
Ja
oklar

Planerad habiliteringsinsats, val av insats:

Typ av insats:

Mångsidiga insatser (MI)
Riktade insatser (RI)
RI i väntan på MI

Vineland-II

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>	

Frågeformulär ifyllt av:		ID-nummer Compos:
Moder	<input type="checkbox"/>	
Fader	<input type="checkbox"/>	Datum:
Båda föräldrarna	<input type="checkbox"/>	
Annan	<input type="checkbox"/>	

HSQ - Vardagliga situationer

Upplever du någon av följande situationer som ett problemområde i samvaron med ditt barn? I så fall, ringa in Ja och markera hur svårt problemet är för dig. Om det inte är något problem ringa in Nej och gå till nästa fråga.

Situationer	Ja	Nej	Om ja, hur svårt								
			Lindriga problem					Svåra problem			
1. När barnet leker ensam	Ja	Nej	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Under lek med andra barn	Ja	Nej	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Vid måltider	Ja	Nej	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Att bli klädd på morgonen	Ja	Nej	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Under tvättning och bad	Ja	Nej	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. När en förälder pratar i telefon	Ja	Nej	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Under TV-tittande	Ja	Nej	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. När ni har gäster	Ja	Nej	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. När ni besöker andra	Ja	Nej	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. I miljöer med många människor, (ex affärer, bibliotek)	Ja	Nej	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. När mamma/pappa är upptagen av en syssla eller aktivitet	Ja	Nej	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. När båda föräldrarna är tillsammans	Ja	Nej	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. När barnet ska göra en uppgift	Ja	Nej	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Vid sängdags	Ja	Nej	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. När ni åker bil	Ja	Nej	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. När ni har barnvakt	Ja	Nej	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Christina Kadesjö översättning av Barkleys Home Situations Questionnaire Defiant Children 1997

Kommunikation – språk - ätande

Datum

År		Mån		Dag	

Tolk användes vid datainsamling

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.

Övriga diagnoser och hälsoproblem

Datum för bedömning:

År		Mån		Dag	

Tolk användes vid datainsamling

Nej Ja

Övriga diagnoser av betydelse	Markera med X
Ingen av nedanstående diagnoser	<input type="checkbox"/>
Tal- och/eller språkstörning (F80)	<input type="checkbox"/>
Epilepsi (G40)	<input type="checkbox"/>
Terapieresistent epilepsi (>1g/mån, trots 2 års behandling)	<input type="checkbox"/>
ADHD (F90)	<input type="checkbox"/>
Cerebral pares (G80)	<input type="checkbox"/>
Ryggmärgsbräck (Q05)	<input type="checkbox"/>
Muskelsjukdom (G71)	<input type="checkbox"/>
Motorisk utvecklingsförsening, DCD (F82)	<input type="checkbox"/>
Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>
Synnedsättning	<input type="checkbox"/>

Psykiatriska diagnoser	Markera med X
Ingen av nedanstående diagnoser	<input type="checkbox"/>
Depression (F32)	<input type="checkbox"/>
Ångest (F81)	<input type="checkbox"/>
Tvångssyndrom, OCD (F42)	<input type="checkbox"/>
Tics- syndrom (F95)	<input type="checkbox"/>

Övriga kroniska diagnoser Ange diagnostext	Ange ICD-kod

Övriga hälsoproblem av betydelse för barnet och/eller familjen	Markera med X
Inget av nedanstående problem	<input type="checkbox"/>
Sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>
Nutritionsproblem	<input type="checkbox"/>
Urininkontinens	<input type="checkbox"/>
Avföringsinkontinens	<input type="checkbox"/>
Förstoppning	<input type="checkbox"/>
Perceptuella avvikelser som ger problem	<input type="checkbox"/>

Läkemedel vid registreringstillfället	Markera med X
Inget av nedanstående läkemedel	<input type="checkbox"/>
Läkemedel mot epilepsi (N03A+)	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika (inklusive klozapin) (N05A+)	<input type="checkbox"/>
Lugnande medel och antihistamin i lugnande syfte (N05B+, R06AD)	<input type="checkbox"/>
Sömnmedel inklusive melatonin (N05C+)	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva medel (N06A+)	<input type="checkbox"/>
Psykostimulantia, medel vid ADHD (N06B+)	<input type="checkbox"/>
Andra medel vid ADHD (C02A+)	<input type="checkbox"/>

Längd och vikt*		
Längd		cm
Vikt		kg

* BMI räknas ut automatiskt i Compos

Mångsidiga insatser

Planering av halvår/termin 1

Insatsstart MI - tillfälle 1 - datum	
Antal vårdkontakter/halvår eller termin	
Hemmet, ungefärlig antal timmar/vecka	
Förskola, ungefärligt antal timmar/vecka	
Totalt antal timmar/vecka	

Uppföljning halvår/termin 1

Datum	
Antal vårdkontakter/halvår eller termin	
Hemmet, ungefärligt antal timmar/vecka	
Förskola, ungefärligt antal timmar/vecka	
Totalt antal timmar/vecka	

Planering av halvår/termin 2

Antal vårdkontakter/halvår eller termin	
Hemmet, ungefärligt antal timmar/vecka	
Förskola, ungefärligt antal timmar/vecka	
Totalt antal timmar/vecka	

Uppföljning av halvår/termin 2

Datum	
Antal vårdkontakter/halvår eller termin	
Hemmet, ungefärligt antal timmar/vecka	
Förskola, ungefärligt antal timmar/vecka	
Totalt antal timmar/vecka	

Planering av halvår/termin 3

Antal vårdkontakter/halvår eller termin	
Hemmet, ungefärligt antal timmar/vecka	
Förskola, ungefärligt antal timmar/vecka	
Totalt antal timmar/vecka	

Uppföljning av halvår/termin 3

Datum	
Antal vårdkontakter/halvår eller termin	
Hemmet, ungefärligt antal timmar/vecka	
Förskola, ungefärligt antal timmar/vecka	
Totalt antal timmar/vecka	

Planering av halvår/termin 4

Antal vårdkontakter/halvår eller termin	
Hemmet, ungefärligt antal timmar/vecka	
Förskola, ungefärligt antal timmar/vecka	
Totalt antal timmar/vecka	

Uppföljning av halvår/termin 4

Datum	
Antal vårdkontakter/halvår eller termin	
Hemmet, ungefärligt antal timmar/vecka	
Förskola, ungefärligt antal timmar/vecka	
Totalt antal timmar/vecka	

Planering av halvår/termin 5

Antal vårdkontakter/halvår eller termin	
Hemmet, ungefärligt antal timmar/vecka	
Förskola, ungefärligt antal timmar/vecka	
Totalt antal timmar/vecka	

Uppföljning av halvår/termin 5

Datum	
Antal vårdkontakter/halvår eller termin	
Hemmet, ungefärligt antal timmar/vecka	
Förskola, ungefärligt antal timmar/vecka	
Totalt antal timmar/vecka	

Avslut MI

Avslut MI - datum	
-------------------	--

MI Tidsregistrering

Datum för insamling av data:

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

Typ

Lägg till tidrapport

MII-IBT	Ja <input type="checkbox"/>	Datum	Tim/vecka	Varav tim/vecka i hemmet
MII-TEACH	Ja <input type="checkbox"/>	Datum	Tim/vecka	Varav tim/vecka i hemmet
Annan metod	Ja <input type="checkbox"/>	Datum	Tim/vecka	Varav tim/vecka i hemmet