



Personnr: _____ Namn: _____

ID-nr Compos: _____ Habiliteringsenhet: _____

Uppföljning av barn med Autism i HabQ

Inför skolstart

Checklista	Datum		Signatur
Vineland II		<input type="checkbox"/>	_____
HSQ – Vardagliga situationer		<input type="checkbox"/>	_____
Kognition		<input type="checkbox"/>	_____
TOM (valbar, ej obligatorisk)		<input type="checkbox"/>	_____
Övriga diagnoser och hälsoproblem (tidigare MBD)		<input type="checkbox"/>	_____
BMI		<input type="checkbox"/>	_____

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

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

Kognitiva funktioner

Datum

År	Mån	Dag

Tolk användes vid datainsamling

Begåvningsnivå

Enbart observation/klinisk bedömning Ja

Metod

WPPSI-III

WPPSI-IV

WISC-IV

WISC-V

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

Ingen intellektuell funktionsnedsättning

Lindrig intellektuell funktionsnedsättning (F70)

Måttlig intellektuell funktionsnedsättning (F71)

Svår eller grav intellektuell funktionsnedsättning (F72-F73)

Intellektuell funktionsnedsättning (F79)

Kommunikation – språk - ätande

Datum

Ar		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
Funktionsnedsättning	,	,	,	,	
Aktivitet	,	,	,	,	,
Delatighet	,			,	,

* Siffrorna hänvisar till diagnosspecifik skala.

Övriga diagnoser och hälsoproblem

Datum för bedömning:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 ICD-kod
Ange diagnostext	

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