

Uppföljning efter neonatalvård: 24 (+/- 3) månaders korrigerad ålder

Barnets namn: P-nr:

Moderns p-nr: Datum för undersökningen:

Huvudsaklig orsak till uppföljning (välj ett alternativ)

- Extremt tidigt född med graviditetslängd $\leq 27^6$ veckor)
- Lätt för tiden (födelsevikt ≤ -3 SD)
- Morfologisk hjärnskada (stroke, cPVL, IVH3-4, stor hjärnblödning, hydrocephalus/ventrikulomegali)
- HIE grad 2-3
- Hypotermibehandling
- Annan svår neonatal encephalopati, EEG-verifierade krampor (hypoglykemi eller bilirubinutlösta)
- CNS-infektion
- Kritisk sjuklighet med respiratorisk/cirkulatorisk svikt eller multiorganpåverkan
- Svår intrauterin komplikation (ex: svår tvillingtransfusion eller svår immunisering)
- Tidigt född i graviditetsvecka 28⁰-31⁶

Barnet har inte deltagit i 2-årsuppföljningen på grund av (flera alternativ är möjliga):

- resursbrist
- familjen avböjer
- uteblivit trots upprepade kallelser
- barnets tillstånd omöjliggör testning
- barnet testat inom ramen för annan verksamhet (t.ex. habilitering)
- testresultat från annan verksamhet inhämtade
- ej gått att nå, flyttat från regionen

Socialt och specialbehov

Föräldrarnas högsta utbildningsnivå (markera ett alternativ per förälder):

Förälder 1

- 0-3 år
- 3-6 år
- 7-9 år (grundskola)
- 10-12 år (gymnasium)
- >12 år (postgymnasial)
- Annat

Förälder 2

- 0-3 år
- 3-6 år
- 7-9 år (grundskola)
- 10-12 år (gymnasium)
- >12 år (post gymnasial)
- Annat

Familjens hemspråk (välj ett alternativ):

- Svenska eller annat skandinaviskt språk
- Icke skandinaviskt språk
- Två- eller flerspråkig hemsituation

Någon/några röker hemma

Ja Nej Vet ej

Barnomsorg (välj ett alternativ)

- Barnet är i förskola
- Barnet är hos dagmamma
- Barnet är enbart i hemmet
- Annat:

Specialbehov

Barnet har pågående behov av extra stöd Ja Nej Vet ej

Om ja, markera relevanta alternativ:

- | | |
|----------------------------------|--|
| Resurs på förskola | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |
| Inskrivnen i barnhabilitering | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |
| Sjukgymnastik | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |
| Logopedkontakt | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |
| Ortopedkontakt | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |
| Dietistkontakt | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |
| Psykolog/barnpsykiatrisk kontakt | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |
| Vårdbidrag | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |

Tillväxt, nutrition, GI

Tillväxt

Vikt:(kg) Datum: (ÅÅMMDD)
Längd: (cm) Datum: (ÅÅMMDD)
Huvudomfång:..... (cm) Datum: (ÅÅMMDD)

Nutrition och magtarmproblem

Nutritionproblem (om ja, välj ett eller flera alternativ nedan) Ja Nej Vet ej

- Specialkost/kosttillskott
- Problem med att tugga eller svälja
- Sondmatning
- Perkutan gastrostomi (PEG, gastrostomiport/knapp)
- Annat nutritionproblem

Förstoppningsproblem senaste 12 mån som krävt upprepade/kontinuerlig beh. Ja Nej Vet ej

Andnings-/lungfunktion, syrgasbehandling

Andnings- eller lungbesvär

Astma eller obstruktiva besvär senaste 12 mån Ja Nej Vet ej

Om ja, välj ett alternativ):

- Enbart vid infektion
- Även utan infektion

Annat andnings- eller lungbesvär Ja Nej Vet ej

Behandling senaste 12 mån Ja Nej Vet ej

(om ja, välj ett alternativ):

- Intermittent inhalationsbehandling (bronkdilaterande eller steroider)
- Kontinuerlig (≥ 3 mån) inhalationsbehandling (bronkdilaterande eller steroider)
- Annan kontinuerlig behandling (ex: leukotrienreceptorantagonist) senaste 12 mån

Syrgasbehandling (ifylls för alla barn)

Syrgasbehandling vid utskrivning från neonatalavdelning: Ja Nej Vet ej

- Om ja: Avslutad
 Ej avslutad

Syn, hörsel och tal

Syn

Synproblem: Ja Nej Vet ej

Om ja (välj ett alternativ):

	Vänster	Höger
Synproblem, inga hjälpmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synproblem, glasögon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig skelning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blind, svår synnedsättning båda ögonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har/har haft kontakt med syncentral Ja Nej

Hörsel

Hörselproblem Ja Nej Vet ej

Om ja (välj ett alternativ):

	Vänster	Höger
<input type="checkbox"/> Nedsatt hörsel; inga hjälpmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nedsatt hörsel; har hjälpmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gravyt nedsatt hörsel; trots hjälpmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Helt döv, trots hjälpmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tal

Välj ett alternativ:

- Pratar/talar två-tre ords satser/meningar
- Säger några ord (Ordförråd >10 ord)
- Säger några ord (Ordförråd <10 ord)
- Kan inte tala alls

Neurologi och motorik

Krampsjukdom

Krampsjukdom Ja Nej Vet ej

Om ja (välj ett alternativ):

- Enbart feberkramper
- Annan krampsjukdom

Hydrocephalus

Hydrocephalus Ja Nej Vet ej

Om ja, åtgärdad Ja Nej Vet ej

Om åtgärdad, välj ett alternativ:

- Ventrikulotomi (fenestrering), men ingen kvarliggande shunt
- Kvarliggande shunt

Grovmotorik

Generellt intryck av grovmotorisk funktion

- Normal
- Misstänkt avvikelse
- Tydlig avvikelse:
 - Kan inte balansera huvudet
 - Kan inte sitta
 - Kan inte gå
 - Annan

Gångdebut

Månad då barnet började gå mer än 5 steg utan stöd:(ÅÅMM)

Finmotorisk funktion	<i>Höger hand</i>	<i>Vänster hand</i>
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misstänkt avvikande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tydligt avvikande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Neurologisk bedömning

Utförd Ej utförd, orsak:

Kroppshållning

Normal Misstänkt avvikande Avvikande

Spontana rörelser

Normala Misstänkt avvikande Avvikande

Tonus

Normala Misstänkt avvikande Avvikande

Reflexer

Normala Misstänkt avvikande Avvikande

Kranialnervsfunktion

Normal Misstänkt avvikande Avvikande

Beteende

Normala Misstänkt avvikande Avvikande

Undersökning utförd enligt Hammersmith Infant Neurological Examination

Ja Nej

Samlad bedömning av neurologisk undersökning

Normal Misstänkt avvikande Avvikande

Cerebral pares

Säkerställd, diagnosticerad CP Ja Nej Vet ej

Om ja, typ av CP (välj ett alternativ)

- Unilateral spastisk
- Bilateral spastisk, dominans i nedre extremiteter
- Bilateral spastisk, lika i alla extremiteter
- Dyskinetisk, dyston
- Dyskinetisk, choreo-athetotisk
- Ataxisk
- Oklassificerad

Gross Motor Function Classification Scale (GMFCS) , nivå 1-5: Vet ej

Utveckling och beteende

Bayley-III

Utfört Ja Nej

Om nej, inte utfört pga (flera alternativ är möjliga)

- resursbrist
- familjen avböjer
- uteblivit trots upprepade kallelser
- barnets tillstånd omöjliggör testning
- barnet testat inom ramen för annan verksamhet (t.ex. habilitering)
- testresultat från annan verksamhet inhämtade

Datum för undersökning:

Testet utförd av:

- Psykolog - hela testet
- Psykolog och neonatolog/barnläkare/fysioterapeut (motorik)
- Annan:

Bayley-III, resultatsammanfattning.

	<i>Skalpoäng</i>	<i>Indexpoäng</i>	<i>Orsak att inte medverka</i>
<i>Kognition:</i> (Cog)
<i>Språk:</i>	 (Lang)
Receptiv kommunikation:			
Expressiv kommunikation :			
<i>Motorik:</i>	 (Mot)
Fimotorik:			
Grovmotorik:			

Generellt intryck av beteende i testsituationen (bedömning av psykolog):

Uthållighet:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Missänkt avvikande	<input type="checkbox"/> Avvikande
Koncentrationsförmåga:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Misstänkt avvikande	<input type="checkbox"/> Avvikande
Aktivitetsnivå	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Misstänkt avvikande	<input type="checkbox"/> Avvikande
Kontakt och kommunikation	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Misstänkt avvikande	<input type="checkbox"/> Avvikande
Joint attention	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Misstänkt avvikande	<input type="checkbox"/> Avvikande

M-CHAT

M-CHAT, resultat (välj ett alternativ):

- Inget utfall
- Utfall på minst 2 av 6 centrala frågor (fet stil) eller 3 av 23 frågor totalt

Eventuell annan utvecklingsbedömning

Genomgått annan utvecklingsbedömning än denna Ja Nej Vet ej

Datum:

Vilken:

Utfall:

- Normal Avvikande (ICD10-kod eller annan diagnos)

Eventuella andra tester/undersökningar som barnet varit med om

1) Test/undersökning: När (datum):

Utfall: Normal
 Avvikande (ICD10-kod):

Övriga diagnoser, sjukhusvård

Andra viktiga diagnoser (VOC, missbildningar) ICD10-kod/-er:

Sjukhusvård senaste året: Ja Nej Vet ej

- För andningsbesvär
- För andra orsaker

Sammanfattning av 2-årsbedömningen

Barnet är remitterat för misstänkt motorisk eller neurologisk avvikelse Ja Nej Vet ej

Barnet är utrett för misstänkt motorisk eller neurologisk avvikelse Ja Nej Vet ej

Resultat av utredningen Normal Avvikande Ange ICD10-kod

Barnet är remitterat för misstänkt kognitiv funktionsnedsättning eller avvikelse i kontakt/kommunikation Ja Nej Vet ej

Barnet är utrett för misstänkt kognitiv (tex intellektuell) funktionsnedsättning eller avvikelse i kontakt/kommunikation (ex språkstörning och autismspektrumtillstånd) Ja Nej Vet ej

Resultat av utredningen Normal Avvikande Ange ICD10-kod:

Barnet är remitterat för misstänkt synpåverkan Ja Nej Vet ej

Barnet är utrett för misstänkt synpåverkan Ja Nej Vet ej

Resultat av utredningen Normal Avvikande Ange ICD10-kod:

Barnet är remitterat för misstänkt hörselnedsättning Ja Nej Vet ej

Barnet är utrett för misstänkt hörselnedsättning Ja Nej Vet ej

Resultat av utredningen Normal Avvikande Ange ICD10-kod:

Barnet är remitterat för annat problem Ja Nej Vet ej

Barnet är utrett för annat problem Ja Nej Vet ej

Resultat av utredningen Normal Avvikande Ange ICD10-kod:

Sammanfattande bedömning av 2 årsundersökningen

Barnet uppfattas som normalutvecklat Ja Nej

Om nej

- Barnet har fastställd eller misstänkt avvikelse inom motorik/neurologi
- Barnet har fastställd eller misstänkt avvikelse inom kognition, eller kontakt och kommunikation
- Barnet har fastställd eller misstänkt avvikelse avseende syn
- Barnet har fastställd eller misstänkt avvikelse avseende hörsel

Undersökningarna utförd av (en eller flera)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Specialist pediatrik | <input type="checkbox"/> ST pediatrik |
| <input type="checkbox"/> Specialist neonatologi | <input type="checkbox"/> ST neonatologi |
| <input type="checkbox"/> Specialist barnneurologi | <input type="checkbox"/> ST barnneurologi |
| <input type="checkbox"/> Annan läkare | <input type="checkbox"/> Sjuksköterska |
| <input type="checkbox"/> Psykolog | <input type="checkbox"/> Sjukgymnast |

Registrering

Protokoll fört av:

Infört i SNQ