

## Uppföljning efter neonatalvård: 5½ år (+/-6 mån) okorrigerad 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  $\leq -3$  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 28<sup>0</sup>-31<sup>6</sup>

Barnet har inte deltagit i 5½-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

#### Socialt

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 i familjen röker

Ja  Nej  Vet ej

Barnomsorg (välj ett alternativ)

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

#### Specialbehov

Barnet har pågående behov av extra stöd

Ja  Nej  Vet ej

Om ja, markera relevanta alternativ

Resurs på förskola

Ja  Nej  Vet ej

Inskrivnen i barnhabilitering

Ja  Nej  Vet ej

Sjukgymnastik

Ja  Nej  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
Resurs på förskola	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
LSS (lagen om stöd och service)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej

---

### Tillväxt

---

#### Tillväxt

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

Behandlas med tillväxthormon:  Ja  Nej  Vet ej

---

### Andning/lungfunktion

---

#### 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

Spirometri:  Normal lungfunktion  Avvikande, FEV1-värde .....%  Ej utförd

---

### Blodtryck

---

Mäts efter 5–10 minuters vila i lugn miljö. Tre mätningar med minst 1 minuts mellanrum utförs med barnet sittande och med en för ålder och armstorlek anpassad kuff placerad runt höger överarm.

Blodtryck (medelvärde), systoliskt: ..... diastoliskt .....  Ej utfört

---

## Syn, hörsel och tal

---

### Syn

Synproblem:  Ja  Nej  Vet ej

Om ja, välj alternativ nedan per öga:

	Vänster öga	Höger öga
Nedsatt syn trots glasögon	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Allvarlig synnedsättning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Blindhet (visus <0,1)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ständig skelning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Inskrivnen vid syncentral:  Ja  Nej  Vet ej

---

### Hörsel

Hörselproblem:  Ja  Nej  Vet ej

Om ja (välj ett alternativ):

Vänster öra    Höger öra

- Nedsatt hörsel; inga hjälpmedel
- Nedsatt hörsel; har hjälpmedel
- Gravyt nedsatt hörsel; trots hjälpmedel
- Helt döv, trots hjälpmedel

Rör i öronen:  Ja  Nej  Vet ej

---

### Tal

Välj ett alternativ:

- Normalt
  - Trolig försenad talutveckling
  - Diagnosticerad försenad talutveckling
- 


## Neurologi

---

### 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
- 

## Cerebral pares / annan motorisk avvikelse

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
- Ataktisk
- Oklassificerad

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

Manual Abilities Classification System (MACS), nivå 1-5: .....  Vet ej

Annan diagnosticerad motorisk avvikelse (ICD10-kod): .....

---

## Neuromotorisk funktion

---

### Neurologisk undersökning enligt modifierad Touwen

Ja  Nej, orsak: .....

Medverkan/samarbete:  Bra  Växlande  Inte alls

Muskeltonus:  Normal  Avvikande (tonus eller kroppshållning)

Reflexer:  Normala  Avvikande (2 eller fler items)

Koordination/balans:  Normal  Avvikande (2 eller fler items)

Kranialnervsfunktion:  Normal  Avvikande (1 eller 2 items)

### Sammanfattning av modifierad Touwen

- Normal (alla kluster 1-4 inom normalområdet)
- MND 1 (1-2 kluster av 4 avvikande)
- MND 2 (3-4 kluster avvikande)



---

### Movement ABC-2



Testet utfört:  Ja  Nej  Vet ej

Datum : .....

Handfunktion: ..... Skalpoäng: ..... Percentil: .....

Bollfärdigheter: ..... Skalpoäng: ..... Percentil: .....

Statisk o dynamisk balans: ..... Skalpoäng: ..... Percentil: .....

Totala testpoäng: ..... Skalpoäng: ..... Percentil: .....

Övergripande bedömning av motorisk funktion:

Normal  Misstänkt avvikande  Avvikande

---

---

## Utveckling och beteende

---

### Beteende

Diagnosticerad beteendestörning:  Ja  Nej  Vet ej

Om ja:

ADHD/ADD

Autismspektrumstörning

Annan specificerad störning (ICD10-kod): .....

### WPPSI-IV

---

Testet utfört:  Ja  Nej  Vet ej Datum : .....

Verbalt index (VI) : .....

Visiospatialt index (VSI): .....

Flödesindex (FI): .....

Arbetsminnes index (AI): .....

Snabbhets index (SI): .....

Total IQ (FSIQ): .....

Beteendebedömning i testsituationen (av psykolog):

Uthållighet:  Normal  Avvikande

Koncentrationsförmåga:  Normal  Avvikande

Aktivitetsnivå:  Normal  Avvikande

### SDQ-enkät

---

Enkäten besvarad:  Ja  Nej  Vet ej Datum : .....

SDQ-poäng:

Totalt: ..... Emotionella symtom: .....

Uppförande problem: ..... Hyperaktivitet: .....

Kamratproblem: ..... Prosocialt beteende: .....

### Eventuell annan utvecklingsbedömning

---

Genomgått annan utvecklingsbedömning än denna

När: .....

Vilken: ..... Utfall (ICD10-kod) .....

### Eventuella andra tester/undersökningar som barnet varit med om

---

1) Test/undersökning: ..... När (datum): .....

Utfall:  Normal

Avvikande (ICD10-kod): .....

2) Test/undersökning: ..... När (datum): .....

Utfall:  Normal

Avvikande (ICD10-kod): .....

3) Test/undersökning: ..... När (datum): .....

Utfall:  Normal

Avvikande (ICD10-kod): .....

---

## Övriga diagnoser, sjukhusvård

---

Övriga diagnoser ICD10-kod: .....

Sjukhusvård senaste året:  Ja  Nej  Vet ej

---

## Sammanfattning av 5,5-årsbedömningen

---

1. Barnet är remitterat/ska remitteras 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....

2. Barnet är remitterat/ska remitteras för misstänkt kognitiv (tex intellektuell funktionsnedsättning) eller

avvikelse i kontakt/kommunikation (ex språkstörning och autismspektrumtillstånd)  Ja  Nej  Vet ej

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

Resultat av utredningen  Normal  Avvikande Ange ICD10-kod .....

3. Barnet är remitterat/ska remitteras för misstänkt synpåverkan  Ja  Nej  Vet ej

Barnet är utrett för synproblem:  Ja  Nej  Vet ej. Resultat av utredningen  Normal  Avvikande Ange ICD10-kod

4. Barnet är remitterat/ska remitteras för misstänkt hörselnedsättning  Ja  Nej  Vet ej

Barnet är utrett för hörselnedsättning:  Ja  Nej  Vet ej.

Resultat av utredningen  Normal  Avvikande Ange ICD10-kod.....

5. Barnet är remitterat/ska remitteras för annan utredning  Ja  Nej  Vet ej

Barnet är utrett för annat problem  Ja  Nej  Vet ej

Resultat av utredningen  Normal  Avvikande Ange ICD10-kod..... eller annan avvikelse (fritext):

### Sammanfattande bedömning av 5,5 årsundersökningen:

Barnet uppfattas som normalutvecklat:  Ja  Nej

Om nej:

1. Barnet har fastställd eller misstänkt avvikelse inom motorik/neurologi

2. Barnet har fastställd/misstänkt avvikelse inom kognition eller neuropsykiatriskt tillstånd

3. Barnet har fastställd eller misstänkt avvikelse avseende syn

4. 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