

Uppföljning neonatala riskbarn

Ca 18 nyfödda Norrbottensbarn/år beräknas höra till en riskgrupp enl kriterier nedan som **skall erbjudas uppföljning enl ett strukturerat program och (med samtycke) rapporteras i SNQ** nationellt kvalitetsregister efter kontroller vid 24 ± 3 månader och vid 5,5 år ± 3 månader korrigerad ålder:

- ☐ Extrem prematuritet (GA ≤27+6)
- ☐ Lätt för tiden med födelsevikt på -3 SD eller mindre
- ☐ Morfologisk hjärnskada (ex: cerebral stroke, parenchymblödning, hydrocephalus utan MMC, IVH grad 3-4, diffus eller cystisk PVL, ventrikulomegali)
- ☐ HIE grad 2-3 och eller hypotermibehandling
- ☐ Annan svår neonatal encephalopati, EEG-verifierade kramper (ex: svår symptomatisk hypoglykemi, bilirubinutlösta kramper)
- ☐ CNS-infektion (bakteriell meningit, encephalit, neonatalt upptäckt kongenital virusinfektion i CNS)
- ☐ Kritisk sjuklighet med respiratorisk/cirkulatorisk svikt eller multiorganpåverkan neonatalt (ex: svår sepsis, NEC, långvarig respiratorvård, ECMO/NO behandling) eller intrauterint (ex: svår tvillingtransfusion eller svår immunisering)

Övriga barn som vårdats neonatalt följs individuellt enligt bedömning av ansvarig barnspecialist och kan inkluderas i delar av motsvarande uppföljning efter behov, utan krav på 2- och 5,5-års besök och rapportering i SNQ.

Efter utskrivning erhålls individuellt anpassade besök, för riskgrupp enligt ovan vid minst 4 tillfällen.
Förslag till uppföljning:

1 månads korrigerad ålder: Läkarbesök

5 månaders korrigerad ålder: Besök till läkare och fysioterapeut (om möjligt sambokat)

10 månaders korrigerad ålder: Besök till läkare och fysioterapeut (om möjligt sambokat)

18 månaders korrigerad ålder: Besök till läkare och fysioterapeut (om möjligt sambokat)

Upptäckta avvikelser åtgärdas/utreds vidare efter behov.

Planera de besöken på blue-note och lägg den här rutinen som bilaga.

Checklista för de första besöken:

- ☐ Järns substitution 6/12 mån styrning/kontroll
- ☐ Vaccinationsprogram (prem-program, tidig vacc i normalintervall=tidigt skydd mot pertussis etc)
- ☐ BVC-uppföljning (ev motivera för kontakt)
- ☐ Uppföljning lokal ögonklinik initierad
- ☐ Hjärnstamsaudiometri inom 2 mån efter beräknad partus (för alla som fyller kriterierna ovan)
- ☐ Läkundersökning Barnläkare eller ST-läkare i pediatrik – status, tillväxt, utveckling.
- ☐ Planera för 2-årsbesöket (yrkeskategorier, kompetensnivå)

Planering inför besök 2 år ± 3 månader

ifylles vid läkarbesök senast vid 18 mån korr ålder!

- ☐ Skall kallas till 2- och 5,5-årsbesök (fyller kriterier ovan)
- ☐ Rekv BVC-journalkopia datum_____ (2 år korr ålder) sign_____
- ☐ Psykolog vid 2-årsbesök för Bailey, M-CHAT vid 2 år
- ☐ _____ för Bailey III, M-CHAT vid 2 år
- ☐ Samordnat läkar- och fysioterapeutbesök vid 2 år
- ☐ Läkarbesök vid 2 år, ej fysioterapeut
- ☐ Skall följas upp med läkarbesök (fyller ej kriterier ovan men behöver uppföljning) när: _____ till _____ (ST/barnläk/neo/neurolog?)
- ☐ Neokontroller avslutas

2 år ± 3 månader korrigerad ålder:

- Rekv kopia BVC-journal 2-3 månader innan besök (sekr)
- Tillväxt, hälsoformulär ssk/läk
- Psykolog mottagning (alternativt annan yrkeskategori)
 - Bailey III
 - M-CHAT (Alternativt M-CHAT R)
 - Beteendeobservation
 - Delge samlad bedömning till läk inför besök
- Läkare + fysioterapeut gemensam mottagning:
 - Lekarundersökning
 - Hammersmith neurologiskt test (Alternativt i andra hand PDMS 2 om vana att utföra Hammersmith saknas)
 - Vb remiss hörselbedömning, synbedömning etc
 - Initiera stödåtgärder vb
 - Ifyllande SNQ-blankett som sedan registreras i SNQ

Planering för inför besök 5,5 år ± 3 månader

Ifylles vid läkarbesök vid 2 år men kan ändras till 5 års korr ålder vb!

- ☐ Rekv BVC-journalkopia datum _____ (5 år korr ålder) sign _____
- ☐ Psykolog WPPSI-IV, SDQ
- ☐ Fysioterapeut Movement ABC motorisk bedömning, Mod Touwen neurolog test
- ☐ Samordnat fysioterapeut + läkarbesök eller
- ☐ Separat läkarbesök efter fysioterapeutbedömn

5,5 år ± 3 månader korrigerad ålder:

- Rekvirera kopia BVC-journal (sekr)
- Tillväxt, hälsoformulär, blodtryck, spirometri ssk/läk
- Psykolog mottagning
 - WPPSI-IV
 - SDQ föräldraskattningsskala
 - Ge bedömning till läkarbesöket
- Fysioterapeut (gärna samordnat med läkarbesök)
 - Movement ABC motorisk bedömning
 - Mod Touwen neurologiskt test
- Läkarbesök
 - Läkareundersökning
 - Ställningstagande till ev remisser (hörsel, syn, stödåtgärder etc)
 - SNQ-formulär ifylles för registrering

Ref:

Nationella riktlinjer för uppföljning av neonatala riskbarn, BLF Neonatalsektion 2015

Med tillhörande checklistor och formulär www.barnlakarforeningen.se

Nedan SNQ:s formulär för 2 och 5,5 år:

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

Barnets namn: P-nr:

Moderns p-nr: Datum för undersökningen:

Om barnet saknar p-nr: Födelsedatum: Tvilling/trilling nr:

Huvudsaklig orsak till uppföljning (välj ett alternativ)

- ☐ Extrem prematuritet (GA $\leq 27+6$)
- ☐ Lätt för tiden med födelsevikt på -3 SD eller mindre
- ☐ Morfologisk hjärnskada (ex: cerebral stroke, parenchymblödning, hydrocephalus utan MMC, IVH grad 3-4, diffus eller cystisk PVL, ventrikulomegali)
- ☐ HIE grad 2-3 och eller hypotermibehandling
- ☐ Annan svår neonatal encephalopati, EEG-verifierade kramper (ex: svår symptomatisk hypoglykemi, bilirubinutlösta kramper)
- ☐ CNS-infektion (bakteriell meningit, encephalit, neonatalt upptäckt kongenital virusinfektion i CNS)
- ☐ Kritisk sjuklighet med respiratorisk/cirkulatorisk svikt eller multiorganpåverkan neonatalt (ex: svår sepsis, NEC, långvarig respiratorvård, ECMO/NO behandling) eller intrauterint (ex: svår tvillingtransfusion eller svår immunisering)
- ☐ Annan orsak:

Socialt och specialbehov

Socialt

Boendesituation (välj ett alternativ):

- ☐ Bor med båda föräldrar
- ☐ Bor växlevis hos båda föräldrarna
- ☐ Bor hos enbart hos en av föräldrarna
- ☐ Bor med annan vårdnadshavare
- ☐ Annan boendesituation, beskriv:

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

SpecialbehovBarnet har pågående behov av extra stöd ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ja, markera relevanta alternativ:

Inskrivnen i barnhabilitering	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Sjukgymnastik	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Logopedkontakt	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Ortopedkontakt	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Dietistkontakt	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Psykolog/barnpsykiatrisk kontakt	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Vårdbidrag	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Resurs på förskola	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Annan resurs/stödåtgärd:

Tillväxt, nutrition, GI- och njurfunktion**Tillväxt**

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

Nutrition, GINutritionsproblem (om ja, välj ett eller flera alternativ nedan) ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

- ☐ Specialkost/kosttillskott
- ☐ Problem med att tugga och/eller svälja
- ☐ Sondmatning
- ☐ Perkutan gastrostomi
- ☐ Annat nutritionsproblem:

Gastro-esophageal reflux ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ja, välj ett alternativ

- ☐ Medikamentell behandling
- ☐ Operativt behandlad

Förstoppningsproblem senaste 12 mån som krävt upprepad/kontinuerlig beh. ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej**Njurfunktion**Njurproblem ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ja, välj ett alternativ:

- ☐ Kvarstående njurproblem, som kräver behandling eller speciell diet
- ☐ Kvarstående njurproblem, som kräver dialys eller väntar på transplantation

Status, andnings-/lungfunktion, syrgasbehandling och cirkulation**Allmän undersökning**

Hjärta/cirkulation:	☐ ua	☐ avvikande:
Andning:	☐ ua	☐ avvikande:
Buk/genitalia:	☐ ua	☐ avvikande:
Hud/skelett:	☐ ua	☐ avvikande:

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☐ Inhalationsbehandling (bronkdilaterande o/el steroider) senaste 12 mån (om ja, välj ett alternativ):

- ☐ Enbart intermittent
- ☐ Kontinuerligt (≥ 3 mån)

☐ Annan kontinuerlig behandling (ex: leukotrienreceptorantagonist) senaste 12 mån☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej☐ Systemisk (per os) behandling med steroider senaste 12 mån (om ja, välj ett alternativ):

- ☐ Enstaka behandlingstillfälle
- ☐ Upprepade behandlingstillfällen (≥ 3)
- ☐ Kontinuerlig behandling

Syrgasbehandling (ifylls för alla barn)

Syrgasbehandling vid utskrivning från neonatalavdelning:

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ejOm ja: ☐ Avslutad. År/månad då syrgasbehandlingen avslutades:

- ☐ Ej avslutad (pågående, daglig syrgasbehandling)
- ☐ Ej avslutad (pågående, endast nattetid)

Cirkulation

Kvarstående cirkulationsproblem (om ja, markera alternativ nedan)

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

- Om ja: ☐ Pulmonell hypertension
- ☐ Öppetstående, behandlingskrävande ductus
- ☐ Annat

Syn, hörsel och tal**Syn**

Synundersökning utförd senaste 12 mån:

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Synproblem:

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ja, välj alternativ nedan per öga:

Höger öga Vänster öga

Glasögon, men bra syn

☐☐

Glasögon; kvarstående nedsatt syn

☐☐

Allvarlig synnedsättning

☐☐

Blindhet

☐☐

Skelning

☐☐

Inskriven vid syncentral

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Ev annat synproblem:

Hörsel

Hörselproblem

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ja (välj ett alternativ):

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

Ev. annat hörselproblem:

Tal

Välj ett alternativ:

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

Neurologi**Krampsjukdom**

Krampsjukdom

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ja (välj ett alternativ):

- ☐ Enbart feberkramper
- ☐ Annan krampsjukdom (välj ett alternativ):
 - ☐ Krämper senaste 12 mån utan pågående behandling
 - ☐ Krampsjukdom under kontroll med pågående behandling
 - ☐ Krampsjukdom, ej under kontroll med pågående behandling

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

Om shunt, markera ev senare åtgärd:

- Shuntrevision sedan utskrivning från neonatalavdelning ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
- Shuntinfektion sedan utskrivning från neonatalavdelning ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

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: (Se Appendix) ☐ Vet ej**Neuromotorisk funktion****Neurologisk undersökning enligt Hammersmith Infant Neurological Examination**☐ Utförd ☐ Ej utförd, orsak:

Om utförd (välj ett alternativ):

- ☐ Normal
- ☐ Avvikande = Asymmetrier i fler än ett test inom vardera kranialnerv, tonus, reflexer, kroppshållning, eller ett enda test i Kolumn 4 (Sektion 1)

Grovmotorisk utvecklingsnivå

A. Huvudkontroll (välj ett alternativ):

- ☐ Normal huvudbalans
- ☐ Ostadig i huvudet men ej i behov av stöd
- ☐ Kan ej balansera huvudet

B. Sittande (välj ett alternativ):

- ☐ Sitter utan stöd
- ☐ Sitter med stöd av egna händer
- ☐ Sitter med yttre stöd
- ☐ Kan inte sitta

C. Rörelse (välj ett alternativ):

- ☐ Går utan stöd
- ☐ Går med hjälp av stöd
- ☐ Kan inte gå

Om barnet inte går (välj ett alternativ):

- ☐ Drar sig själv upp till stående
- ☐ Kryper på händer och knän
- ☐ Flyttar sig genom att rulla
- ☐ Kan inte förflytta sig

Om barnet går utan stöd:

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

Generellt intryck av grovmotorisk funktion

- ☐ Helt normal
- ☐ Suspekt motorisk avvikelse
- ☐ Tydlig motorisk avvikelse

Asymmetrisk grovmotorik

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Finmotorisk funktion

Höger hand Vänster hand

Normal fingerrörlighet

☐

☐

Klumplig gripfunktion/fingerrörlighet, men griper efter föremål

☐

☐

Griper inte alls efter föremål

☐

☐

Utveckling och beteende**Bayley-III**

Datum för undersökning:

Testet utförd av:

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

Bayley-III, resultatsammanfattning.

	Skalpoäng	Indexpoäng	Orsak att inte medverka
Kognition:		 (Cog)	
Språk:		 (Lang)	
Receptiv kommunikation:			
Expressiv kommunikation :			
Motorik:		 (Mot)	
Finmotorik:			
Grovmotorik:			

Beteendebedömning i testsituationen (av psykolog):

Uthållighet:	☐ Normal	☐ Avvikande
Koncentrationsförmåga:	☐ Normal	☐ Avvikande
Kontakt och kommunikation	☐ Normal	☐ Avvikande
JA-OBS (se appendix)	☐ Normal	☐ Avvikande
Välfungerande	☐ Ja	☐ Nej

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

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

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

Sjukhusvård senaste året: ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

☐ För andningsbesvär, antal gånger:

☐ För andra orsaker, antal gånger:

Utfall av eventuell remittering innan detta besök

Om remitterad, resultat av neuropediatrik utredning

Säkerställd avvikelse ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om CP: ICD10-kod:

GMFCS, nivå 1-5:

Annan motorisk störning ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ja, ICD10-kod:

Om remitterad, resultat av psykolog/neuropsykiatrisk utredning

Säkerställd avvikelse ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Autismspektrumstörning ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Annan avvikelse ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ja, ICD10-kod:_

Om remitterad, resultat av ögonundersökningFastställd avvikelse ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ja, ICD10-kod:

Om remitterad, resultat av hörselundersökningFastställd avvikelse ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ja, ICD10-kod:

Om remitterad, resultat av ev. annan utredning

Utredning:

Resultat, ICD10-kod:

Sammanfattning av 2-årsbedömningen

Barnet bedöms vara normalutvecklat ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ejBarnet är remitterat/ska remitteras ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Eventuell remiss sänd till:

☐ Barnneurolog/habiliteringsläkare☐ Fysioterapeut☐ Psykolog☐ Logoped☐ Dietist☐ Pediatriker☐ Ögonläkare☐ Öronläkare☐ Neuropsykiatriskt team☐ Annan:**Undersökningarna utförd av (en eller flera)**☐ Specialist pediatrik☐ ST pediatrik☐ Specialist neonatologi☐ ST neonatologi☐ Specialist barnneurologi☐ ST barnneurologi☐ Annan läkare☐ Sjuksköterska☐ Psykolog☐ Fysioterapeut**Registrering**

Protokoll fört av:

☐ Infört i SNQ

Uppföljning efter neonatalvård: 5,5 år (+/- 3 mån) okorrigerad ålder

Barnets namn: P-nr:

Moderns p-nr: Datum för undersökningen:

Om barnet saknar p-nr: Födelsedatum: Tvilling/trilling nr:

Huvudsaklig orsak till uppföljning (välj ett alternativ)

- ☐ Extrem prematuritet (GA $\leq 27+6$)
- ☐ Lätt för tiden med födelsevikt på -3 SD eller mindre
- ☐ Morfologisk hjärnskada (ex: cerebral stroke, parenchymblödning, hydrocephalus utan MMC, IVH grad 3-4, diffus eller cystisk PVL, ventrikulomegali)
- ☐ HIE grad 2-3 och eller hypotermibehandling
- ☐ Annan svår neonatal encephalopati, EEG-verifierade kramper (ex: svår symptomatisk hypoglykemi, bilirubinutlösta kramper)
- ☐ CNS-infektion (bakteriell meningit, encephalit, neonatalt upptäckt kongenital virusinfektion i CNS)
- ☐ Kritisk sjuklighet med respiratorisk/cirkulatorisk svikt eller multiorganpåverkan neonatalt (ex: svår sepsis, NEC, långvarig respiratorvård, ECMO/NO behandling) eller intrauterint (ex: svår tvillingtransfusion eller svår immunisering)
- ☐ Annan orsak

Socialt och specialbehov**Socialt**

Boendesituation (välj ett alternativ):

- ☐ Bor med båda föräldrar
- ☐ Bor växlevis hos båda föräldrarna
- ☐ Bor hos enbart hos en av föräldrarna
- ☐ Bor med annan vårdnadshavare
- ☐ Annan boendesituation, beskriv:

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 (postgymnasial)
- ☐ Annat

Familiens 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 hos dagmamma
- ☐ Barnet är enbart i hemmet
- ☐ Annat:

SpecialbehovBarnet har pågående behov av extra stöd ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ja, markera relevanta alternativ:

Inskrivnen i barnhabilitering	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Sjukgymnastik	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Logopedkontakt	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Ortopedkontakt	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Dietistkontakt	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Psykolog/barnpsykiatrisk kontakt	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Vårdbidrag	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
Resurs på förskola	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
LSS (lagen om stöd och service)	☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Annat resurs/stödåtgärd:

Tillväxt, nutrition, GI- och njurfunktion**Tillväxt**

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

Behandlas med tillväxthormon: ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej**Nutrition, GI**Nutritionsproblem (om ja, välj ett eller flera alternativ nedan) ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

- ☐ Specialkost/kosttillskott
- ☐ Problem med att tugga och/eller svälja
- ☐ Sondmatning
- ☐ Perkutan gastrostomi
- ☐ Annat nutritionsproblem:

Gastro-esophagal reflux ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ja, välj ett alternativ

- ☐ Medikamentell behandling
- ☐ Operativt behandlad

Förstoppningsproblem senaste 12 mån som krävt upprepad/kontinuerlig beh. ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej**Njurfunktion**Njurproblem ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ja, välj ett alternativ:

- ☐ Kvarstående njurproblem, som kräver behandling eller speciell diet
- ☐ Kvarstående njurproblem, som kräver dialys eller väntar på transplantation

Status, andnings-/lungfunktion, syrgasbehandling och cirkulation**Allmän undersökning**

Hjärta/cirkulation:	☐ ua	☐ avvikande:
Andning:	☐ ua	☐ avvikande:
Buk/genitalia:	☐ ua	☐ avvikande:
Hud/skelett:	☐ ua	☐ avvikande:

Andnings- eller lungbesvär

Asthma 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☐ Inhalationsbehandling (bronkdilaterande o/el steroider) senaste 12 mån (om ja, välj ett alternativ):

- ☐ Enbart intermittent
- ☐ Kontinuerligt (≥ 3 mån)

☐ Annan kontinuerlig behandling (ex: leukotrienreceptorantagonist) senaste 12 mån☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej☐ Systemisk (per os) behandling med steroider senaste 12 mån (om ja, välj ett alternativ):

- ☐ Enstaka behandlingstillfälle
- ☐ Upprepade behandlingstillfällen (≥ 3)
- ☐ Kontinuerlig behandling

Spirometri (barn med BPD-diagnos)

☐ Ua ☐ Avvikande, värde% ☐ Ej utförd**Syrgasbehandling (ifylls för alla barn)**

Pågående syrgasbehandling (dagligen):

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ja:

- ☐ Avslutad. År/månad då syrgasbehandlingen avslutades:
- ☐ Ej avslutad (pågående, daglig syrgasbehandling)
- ☐ Ej avslutad (pågående, endast nattetid)

Cirkulation

Kvarstående cirkulationsproblem (om ja, markera alternativ nedan)

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ejOm ja: ☐ Pulmonell hypertension

- ☐ Öppetstående, behandlingskrävande ductus
- ☐ Annat

Blodtryck (hö arm, liggande), systoliskt: diastoliskt

Syn, hörsel och tal**Syn**

Synundersökning utförd senaste 12 mån:

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Synproblem:

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ja, välj alternativ nedan per öga:

Höger öga Vänster öga

Glasögon, men bra syn

☐ ☐

Glasögon; kvarstående nedsatt syn

☐ ☐

Allvarlig synnedsättning

☐ ☐

Blindhet

☐ ☐

Skelning

☐ ☐

Inskriven vid syncentral

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Ev annat synproblem:

HörselHörselproblem ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ja (välj ett alternativ):

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

Ev. annat hörselproblem:

Språk

Välj ett alternativ:

- ☐ Normalt
- ☐ Trolig försenad språkutveckling
- ☐ Diagnosticerad försenad språkutveckling

Neurologi**Krampsjukdom**Krampsjukdom ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ja (välj ett alternativ):

- ☐ Enbart feberkramper
- ☐ Annan krampsjukdom (välj ett alternativ):
 - ☐ Krämper senaste 12 mån utan pågående behandling
 - ☐ Krampsjukdom under kontroll med pågående behandling
 - ☐ Krampsjukdom, ej under kontroll med pågående behandling

HydrocephalusHydrocephalus ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ja, åtgärdad

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om åtgärdad, välj ett alternativ:

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

Om shunt, markera ev senare åtgärd:

- Shuntrevision sedan utskrivning från neonatalavdelning ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
- Shuntinfektion sedan utskrivning från neonatalavdelning ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Cerebral pares / annan motorisk avvikelseSäkerställd, 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: (Se Appendix) ☐ Vet ejManual Abilities Classification System (MACS), nivå 1-5: (Se Appendix) ☐ Vet ej

Annan diagnosticerad motorisk avvikelse (ICD10-kod):

Neuromotorisk funktion

Neurologisk undersökning enligt modifierad Touwen (se appendix)

☐ Utförd ☐ Ej utförd, orsak:

Medverkan/samarbete: ☐ Bra ☐ Växlande ☐ Inte alls

Resultat:

1. Muskeltonus ☐ Avvikande (tonus o/el kroppshållning)

2. Reflexer ☐ Avvikande (2 eller fler items)

3. Koordination/balans ☐ Avvikande (2 eller fler items)

4. Kranialnervsfunktion ☐ Avvikande (1 eller 2 items)

Kommentar:

Sammanfattning av modifierad Touwen:

☐ Normalt (alla kluster 1-4 är inom normalområdet)

☐ MND1 (1-2 kluster av 4 är avvikande)

☐ MND2 (fler än 2 kluster av 4 är avvikande)

Generellt intryck av grovmotorisk funktion

- ☐ Helt normal
☐ Suspekt motorisk avvikelse
☐ Tydlig motorisk avvikelse

Asymmetrisk grovmotorik ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Finmotorisk funktion

- ☐ Helt normal
☐ Suspekt motorisk avvikelse
☐ Tydlig motorisk avvikelse

Asymmetrisk finmotorik ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

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

SDQ-enkätEnkäten besvarad: ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej Datum :

SDQ-poäng:

Totalt: Emotionella symtom:

Uppförande problem: Hyperaktivitet:

Kamratproblem: Prosocialt beteende:

Movement ABC-2Testet utfört: ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej Datum :

Handfunktion: Skalloäng: Percentil:

Bollfärdigheter: Skalloäng: Percentil:

Statisk o dynamisk balans: Skalloäng: Percentil:

Totala testpoäng: Skalloäng: Percentil:

Övergripande bedömning: ☐ Normal ☐ Suspekt avvikande ☐ Klart avvikande**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****Andra viktiga diagnoser** (VOC, missbildningar) ICD10-kod:**Sjukhusvård** senaste året: ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej☐ För andningsbesvär, antal gånger:☐ För andra orsaker, antal gånger:**Utfall av eventuell remittering innan detta besök****Om remitterad, resultat av neuropediatrik utredning**Säkerställd avvikelse ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om CP: ICD10-kod:

GMFCS, nivå 1-5:

Annan motorisk störning ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ja, ICD10-kod:

Om remitterad, resultat av psykolog/neuropsykiatrisk utredning

Säkerställd avvikelse ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
 Autismspektrumstörning ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
 ADHD/ADD ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
 Annan avvikelse ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Om ja, ICD10-kod: _____

Om remitterad, resultat av ögonundersökning

Fastställd avvikelse ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
 Om ja, ICD10-kod: _____

Om remitterad, resultat av hörselundersökning

Fastställd avvikelse ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
 Om ja, ICD10-kod: _____

Om remitterad, resultat av ev. annan utredning

Utredning:
 Resultat, ICD10-kod:

Sammanfattning av 5,5-årsbedömningen

Barnet bedöms vara normalutvecklat ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej
 Barnet är remitterat/ska remitteras ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Eventuell remiss sänd till:

☐ Barnneurolog/habiteringsläkare
☐ Fysioterapeut ☐ Psykolog
☐ Logoped ☐ Dietist
☐ Pediatriker ☐ Ögonläkare
☐ Öronläkare ☐ Neuropsykiatriskt team
☐ Annan:

Undersökningarna utförd av (en eller flera)

☐ Specialist pediatrik ☐ ST pediatrik
☐ Specialist neonatologi ☐ ST neonatologi
☐ Specialist barnneurologi ☐ ST barnneurologi
☐ Annan läkare ☐ Sjuksköterska
☐ Psykolog ☐ Fysioterapeut

Registrering

Protokoll fört av:

☐ Infört i SNQ