

Frågeformulär för screening av neurologisk utveckling

INPP Child Screening Questionnaire

Sensomotorisk träning kan hjälpa barn med specifika inlärningssvårigheter då problemen har sin grund i en försenad neurologiska utveckling.

Om du svarar "ja" på 7 eller fler av nedanstående frågor så indikerar detta på en fördröjning av den neurologiska utvecklingen och en närmare utredning kan rekommenderas för barn 7 år eller äldre.

(Forskning publicerad i "British Journal of Occupational Therapy", okt. 1998)

Om du efter att ha besvarat frågorna befår att ditt barn kanske har en fördröjd neurologiska utveckling, kan du ta kontakt för närmare information eller boka tid för en Sensomotorisk utredning.

Skriv ut formuläret, svara på frågorna och ta med vid ett eventuellt första besök.

-
1. Finns det inlärningssvårigheter i släkten och den närmaste familjen? Ja Nej
 2. Förekom det några medicinska problem under graviditeten? Ja Nej
 3. Var förlossningen utdragen eller extra komplicerad (ex. med kejsarsnitt, tång etc.)? Ja Nej
 4. Skedde förlossningen för tidigt eller för sent (mer än 2 veckor för tidigt eller mer än 10 dagar för sent)? Ja Nej
 5. Var födelsevikten lägre än 2300 gram? Ja Nej
 6. Hade barnet svårt att inta eller behålla maten under de första veckorna? Ja Nej
 7. Var barnet extremt krävande under de första 6 månaderna? Ja Nej
 8. Hoppade ditt barn över ålnings- och krypstadiet? Ja Nej
 9. Lärde sig barnet att gå sent (senare än 16 mån ålder)? Ja Nej
 10. Lärde sig barnet att prata sent (satser med endast 2-3 ord vid 18 månader eller senare betraktas som sent)? Ja Nej
 11. Har barnet haft svårigheter med att klä sig själv, knäppa knappar eller knyta skosnören efter 6-7 års ålder? Ja Nej
 12. Har barnet någon form av allergi? Ja Nej
 13. Har barnet fått någon onormal reaktion vid vaccinering? Ja Nej
 14. Sög barnet på tummen efter 5 års ålder? Ja Nej
 15. Var barnet fortfarande sängvätare, om än vid enstaka tillfällen, efter 5 års ålder? Ja Nej
 16. Brukar barnet drabbas av åksjuka? Ja Nej

17. Har barnet haft svårt att lära sig avläsa tiden från en klocka med visare (en analog klocka)? Ja Nej
18. Hade barnet ovanligt svårt för att lära sig cykla på en 2-hjuling? Ja Nej
19. Har barnet haft ofta återkommande öroninflammationer eller infektioner i näsa, hals och luftvägar? Ja Nej
20. Hade barnet någon gång under sina 3 första år extremt hög feber där barnet yrade eller hade feberkramper? Ja Nej
21. Har barnet haft svårt för att t.ex. fånga en boll eller slå en kullerbytta och blivit betraktad som fumlig och klumpig? Ja Nej
22. Har barnet svårt för att sitta stilla, även kortare stunder? Ja Nej
23. Brukar barnet överreagera om det plötsligt inträffar ett oväntat ljud? Ja Nej
24. Har barnet lässvårigheter? Ja Nej
25. Har barnet skrivsvårigheter? Ja Nej
26. Har barnet svårigheter med att kopiera (rita av)? Ja Nej

Ytterligare information:

Har ditt barn fått en diagnos? Ja Nej

Ange nedan ytterligare information som du tror kan vara relevant för att beskriva ditt barn, inklusive eventuell kompletterande diagnos-information:

.....

.....

.....

.....

Datum:

Barnets namn:

Födelsedatum:

Ert namn:

Släktskap med barnet?

Adress:

Postadress:

Telefon (även riktnummer):

Mobiltelefon:

E-post: