



Nationellt uppföljningsprogram - CPUP – Neuropediatrik

Personnummer: _____

Efternamn: _____ Förnamn: _____

Barnets region/landsting: _____

Barnets distrikt: _____

Bedömning/undersökning genomförd av:

Förnamn: _____ Efternamn: _____ Titel: _____

Bedömningsdatum (år – mån – dag): _____

DIAGNOS CEREBRAL PARES

Uppfyller kriterierna för CP:

Ja Nej, CP-diagnos avskriven Kan ej avgöras för närvarande

GRAVIDITET – FÖRLOSSNING - NEONATALPERIOD

Födelseland:

Sverige

Danmark

Norge

Övrigt: _____

Flerbörd: Ja Nej Okänt

Gestinationslängd vid partus:

Känd graviditetsvecka: _____ + dagar: _____

Okänd, i beräknad tid eller senare

Okänd, för tidigt

Helt okänd

Födelsevikt:

Känd Födelsevikt (gram): _____

Okänd, normal

Okänd, för liten

Helt okänd

Födelselängd (cm): _____

GRAVIDITET – FÖRLOSSNING – NEONATALPERIOD (forts)

Huvudomfång vid födseln:	
Känt	<input type="checkbox"/> Huvudomfång (cm): _____
Okänt	<input type="checkbox"/>
Apgar:	
Känd	<input type="checkbox"/> 1 minut: _____ 5 minuter: _____ 10 minuter: _____
Okänd, välmående	<input type="checkbox"/>
Okänd, övrigt	<input type="checkbox"/>
Barnet vårdat på neonatalavdelning efter förlossningen:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Okänt <input type="checkbox"/>
Respiratorvård neonatalt:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Okänt <input type="checkbox"/>
Kylbehandling/hypotermibehandling neonatalt:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Okänt <input type="checkbox"/>
Anfall före 72 timmars ålder:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Okänt <input type="checkbox"/>

POSTNEONATAL CEREBRAL PARES

Postneonatalt förvärvat CP (under tiden from 28:e levnadsdagen till innan två-årsdagen):	
Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Okänt <input type="checkbox"/>
Om ja, datum _____ eller ålder (år) vid skadan _____	

CP KLASSIFIKATION/SUBTYP

Undergrupp nivå 1	Undergrupp nivå 2	Undergrupp nivå 3
Dominerande neurologiskt symptom		
Spasticitet <input type="checkbox"/>	Unilateral = hemi <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/>	Höger <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Diplegi <input type="checkbox"/> Tetraplegi <input type="checkbox"/>
Dyskinesi <input type="checkbox"/>	Choreoatetos <input type="checkbox"/> Dystoni/tonusväxling <input type="checkbox"/>	
Ataxi <input type="checkbox"/>		Enkel ataxi <input type="checkbox"/> Ataktisk diplegi <input type="checkbox"/>
Ej klassificerbar/blandform <input type="checkbox"/>		
Om ej klassificerbar CP-typ, orsak:		
Barnets ålder <input type="checkbox"/>	För lite information om barnet <input type="checkbox"/>	Kriterierna för subgruppering <input type="checkbox"/> passar inte in på barnets symptom

HJÄRNAVBILDNING

Ultraljudsundersökning:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Okänt <input type="checkbox"/>
Datortomografi (CT):	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Okänt <input type="checkbox"/>
Magnetkameraundersökning (MRT):	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Okänt <input type="checkbox"/>

Datum för senaste MRT: _____

Vilket sjukhus (senaste MRT): _____

Dominerande morfologiskt fynd (patologi) OBS! Bara ett kryss är tillåtet!

White matter injury of immaturity (PVL, PVH etc).	<input type="checkbox"/>
Fokal kortikal skada	<input type="checkbox"/>
Diffus kortikal skada	<input type="checkbox"/>
Basala gangliemönster	<input type="checkbox"/>
Missbildning	<input type="checkbox"/>
Normalt fynd	<input type="checkbox"/>
Uppgift saknas	<input type="checkbox"/>

Skadans/Skadornas lokalisation:Bilaterala skador: Ja Nej Uppgift saknas *OBS! Bara ett kryss är tillåtet nedan*

Skadan höger = skadan vänster	<input type="checkbox"/>
Skadan belägen på höger sida eller störst höger sida	<input type="checkbox"/>
Skadan belägen på vänster sida eller störst vänster sida	<input type="checkbox"/>
Uppgift saknas	<input type="checkbox"/>

Ytterligare iakttagelser:Cerebellum Normal Patologisk Uppgift saknas **Kommentar:****ASSOCIERADE FUNKTIONER och HÄLSOTILLSTÅND****Kognitiv funktion: OBS! Bara ett kryss är tillåtet**

Uppskattad/kliniskt bedömd	<input type="checkbox"/> Datum: _____	Ålder (år): _____
Testad utan nivåbedömning	<input type="checkbox"/> Datum: _____	Ålder (år): _____
Testad med nivåbedömning	<input type="checkbox"/> Datum: _____	Ålder (år): _____
Ej bedömd	<input type="checkbox"/>	

Kognitiv nivå enligt ICD 10: OBS! Bara ett kryss är tillåtet

medelsvår – svår utvecklingsstörning	<input type="checkbox"/>
lindrig utvecklingsstörning	<input type="checkbox"/>
klart under genomsnittet/lågt genomsnittligt (borderline)	<input type="checkbox"/>
genomsnittligt eller över	<input type="checkbox"/>
okänd	<input type="checkbox"/>

Kommentar:

FUNKTIONER/AKTIVITETER ENLIGT ICF (gäller hur det är för det mesta–”vardagsfunktion”)**b 230 Hörsel­funktion**

- Ingen dövhet eller hörapparatkrävande hörselnedsättning
 Bilat/unilat dövhet eller hörapparatkrävande hörselskada
 Okänt

b 3 Röst- och talfunktion, dvs tal och ljudproduktion (exklusive psykisk språkfunktion)

- Talar lättförståeligt för utomstående
 Dysartri eller anartri med svår­förståeligt (för utomstående) eller inget tal
 Ej tillämbart (t.ex. p.g.a. svår utvecklingsstörning eller dövhet)
 Okänt

b 4 Andningsfunktion

- Har inga av nedanstående andningshjälpmedel
 Ordinerad PEP-mask, ventilator, CPAP/BIPAP eller har tracheostomi
 Okänt

b510 Födointagsfunktion

- All föda/dryck via munnen utan sond/gastrostomi
 Helt eller delvis via sond eller gastrostomi
 Okänt

b530 Aktuell viktökning

- Ifylld tillväxtkurva från födelsen/inflyttning och framåt finns ja nej
 Bra viktökningstakt För hög viktökning För låg viktökning

Senaste längd (cm, heltal): _____ datum: _____

Senaste vikt (kg, heltal): _____ datum: _____

Senaste huvudomfång (cm, heltal): _____ datum: _____

Kommentar:

Pågående peroral mediciner­ing mot spasticitet/dyskinesi:

Ja Nej

Peroral mediciner­ing perparat/dos: _____

Fyll i operationsformulär för op gastrostomi, gastroesofageal reflux, intratekal bakofen selektiv dorsal rhizotomi

Övriga kommentarer: