



Nationellt uppföljningsprogram för CPUP - Logoped

Personnummer _____
 Efternamn _____ Förnamn _____
 Tillhörande region _____
 Distrikt/team _____
 Bedömning utförd av logoped _____
 Bedömning utförd av arbetsterapeut _____
 Bedömning utförd av annan _____
 Bedömningsdatum (år- mån- dag) _____

CFCS KLASSIFIKATION AV KOMMUNIKATION enligt CFCS I – V (sätt kryss i en av rutorna)

I II III IV V
 Ej klassificerad Anledning: Otillräcklig information om barnet Bedömning genomförd, kan inte klassificera Övrigt, vad _____

Skatta de kommunikationssätt patienten använder. Skriv siffra i samtliga rutor: **3= Flera gånger/dag** **2= Enstaka gånger/dag** **1= Några gånger/vecka** **0= Mer sällan/aldrig**

- Tal
- Ljud (såsom "aaaah")
- Handtecken
- Blick, ansiktsuttryck gester eller pekning

Bilder (kommunikationsbok, karta, lösa bilder)

- Enklare språkliga system (t.ex. lösa bilder, situationskartor)
- Mer avancerade språkliga system (t.ex. Bliss, PODD)

Talapparat

- Enklare språkliga system (t.ex. enkla valpaneler, situationskartor)
- Mer avancerade språkliga system (t.ex. Bliss, PODD, Core First)

- Skrift

Kommentar _____

EDACS Klassifikation av ät- och drickförmåga (sätt kryss i en av rutorna))

I II III IV V

Ej klassificerad Anledning: Otillräcklig information om barnet Bedömning genomförd, kan inte klassificera Övrigt, vad _____

Grad av stöd

Självständig Kräver assistans Totalt beroende

Kommentar _____

Hur har underlag för bedömning inhämtats?

Nutrition

Längd och vikt mätt sedan senaste bedömningstillfället.

Datum _____ **Längd** _____ **cm** **Vikt** _____ **kg**

Längden osäker/svårsmätt Nej Ja
 Mätt i stående Mätt i stående på våg
 Liggande på mätbräda Sittvåg
 Liggande måttband Liftvåg
 Patientens egen uppgift I famnen
 Patientens egen uppgift Patientens egen uppgift

Har gastrostomi Nej Ja

Kommentar _____