



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, inte aktuellt**

- 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 (som AKK i närkommunikation)

Klassifikation av talproduktion enligt Vikingskalan/Viking Speech Scale, I-IV, (Sätt kryss i en av rutorna)

I II III IV

Ej klassificerad Anledning: Otillräcklig information om barnet Bedömning

genomförd, kan inte klassificera Övrigt, vad _____

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?

Aktuell måltidsobservation

Aktuell intervju

Tidigare kunskap

Nutrition

Längd och vikt mätt sedan senaste bedömningstillfället.

Datum _____

Längd _____ **cm**

Vikt _____ **kg**

Längden osäker/svår mätt

Nej

Ja

Mätt i stående

Liggande på mätbräda

Liggande måttband

Patientens egen uppgift

Mätt i stående på våg

Sittvåg

Liftvåg

I famnen

Patientens egen uppgift

Har gastrostomi

Nej

Ja

Kommentar _____