**Jonna Jepsen**

**Giesegårdvej 100 • DK-4100 Ringsted**

**Tel.: +45 5070 3010 • mail@jonnajepsen.dk**

**www.jonnajepsen.dk • www.præmaturspecialisten.dk**

Spedbarn

Basisskjema ved utredende konsultasjon med foreldre

Ved samtalen får du/dere forklaringer på barnets/den unges reaksjonsmønstre og behov, og du/dere får øyeblikkelige handlemuligheter i hverdagen. Vi lægger en handleplan for en individuel innsats, som kan avhjelpe årsakene til utfordringene.

Data:

Barnets navn: Fødselsdato:

Mor: Fødselsdato:

Far: Fødselsdato:

Bror/søster: Fødselsdato:

Bror/søster: Fødselsdato:

Adresse: Postnr./by:

Kommune/fylke: Telefon mor:

Mail: Telefon far:

Dato for utredende samtale:

Fødselssuke: Fødselslengde:

Fødselsvekt: Apgar score:

Årsak til henvendelse (max 5 linjer):

Samtykkeerklæring

Jeg/vi gir tilladelse til, at Jonna Jepsen registrerer de her angivne opplysninger, øvrige mundtlige og skriftlige opplysninger givet af meg/oss i vores samlede innsatsforløp samt notater i forbindelse med terapi- og behandlingsforløp.

Opplysningene er fortrolige og behandles alene internt mellom Jonna Jepsen og hendes tilknyttede konsulenter og behandlere. De gis ikke videre til 3. part.

Navn og dato:

**Nyhedsbrev.** Ja tak, jeg/vi vil gjerne påmelde meg/oss dit nyhetsbrev. Sett kryss:

Utfyld venligst skjemaet nedenfor i Word og i korte vendinger og mail til mail@jonnajepsen.dk

|  |
| --- |
| Barnets historie omkring fosterperiode, fødsel og etter fødsel |
| Graviditet (herunder mammas aktivitetsnivå og følelsestillstand): Fødselsforhold: Omstendigheter i tiden etter fødsel: Har barnet vært utsatt for følgende behandling/inngrep:C-pap:***Respirator:******Sondemadning:******Medisiner eller væske via injeksjon:******Varme elektroder på huden:******Blodprøvetagninger ved kutt i hælen:******Øyenundersøkelse(r) under fiksering:******Lysbehandling:******Annet:*****Samvær/atskillelse:** **Amming:**  |
| **Hva er umiddelbart jeres bekjymring i forhold til barnet jeres?**  |
|  |
| Hvordan og hvornår kommer det til uttrykk? (er barnet urolig, for passiv m.m.) |
|  |
| Sansemotorikk/sanseintegrasjon |
| Muskel-/ledsans/motorikk:Har rykkvise bevekelser:Søker etter omsluttning:***Har spennt eller slapp muskulatur:******Holder mye løst eller fast på lekesaker m.v.:***Balanse: Trenger mye kontakt med underlaget:Er usikker på/lenge om å komme opp å stå/gå:***Blir svimmel ved tumling, hodet ned, spinning:***Kan bli snurret vildt og lenge:Blir bil-/luft-/sjøsyk?Følesans: Reagerer på fysisk kontakt:Reagerer på lett berøring:***Reagerer på å bli smurt ind i krem:***Ubehak ved berøring med fettete/skitne ting:Unngår visse konsistenser av mat:***Ubehak ved å få kjemmet hår:******Ubehak ved å få pusset tenner:***Oralmotorikk:Har vanskelig for å tygge visse konsistenser: Sikler mye: Lyd-/lys-/luktfølsomhet:***Reagerer på lyd:******Reagerer på lys:******Reagerer på lukt:***Aktivitetsnivå:***Kroppslig ro/uro:******Mye eller litt våken:*** |
| Kognitivt utviklingsnivå |
| Oppmerksomhet/konsentrasjon:***Blikkkontakt:******Fokusering:***Imitasjon:Tiltrekke og holde oppmerksomhet:Reaksjonstid ved stimulering:Følge peke-/blikkretning:Språkutvikling:Vokaliseringer (ved 4-6 mdr. babble, ved 8-9 mdr. få korte ord, etterpå flere ord):  |
| Kompetanser, reaksjoner, atferd |
| Stressterskel/stresshåndtering/trygghet:***Evne for selvregulering:******Reagerer på nye mennesker, ting og steder:******Reagerer på mange aktiviteter/sanseinntrykk:***Tilhørighet:Primært til: Sekundært til:  |
| Passingsforhold  |
| ***Aktuelt:******Planlagt:*** |
| Spising, kost, kosttilskud |
|  |
| Tenner og tannutvikling |
|  |
| **Søvn** *(inkl. putting, innsovning):* |
|  |
| Dags- og døgnrytme (fast og stabil eller skjiftende?) |
|  |
| **Har I funnet metoder, som kan avhjelpe noen av utfordringene til barnet jeres i hverdagen?** |
|  |
| Infeksjoner, helse, evt. innleggelser siten fødselen |
|  |
| Eventuel diagnose |
|  |
| Trening/behandling inntil dato (fx medisinsk, soneterapi, fysioterapi eller annet) |
|  |
| Personlighet, gemytt |
|  |
| Familierelasjoner/-forhold, herunder foreldre-barn samspill |
|  |
| Hvordan har foreldrene det – er det/har det vært tøff? |
|  |
| **Får barnet jeres/familien den nøtvendige hjelp og støtte fra kommune/fylke?** |
|  |
| **Får dere som foreldre støtte og forståelse fra den samlede familie/nettverk?** |
|  |