**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?** |
|  |