**Jonna Jepsen**

**Giesegårdvej 100 • DK-4100 Ringsted**

**www.praematurspecialisten.dk**

**www.jonnajepsen.dk**

**mail@jonnajepsen.dk**

 **Tel.: +45 5070 3010**

**CVR: 25272783**

Spædbørn – flerlinger

Basisskema ved udredende samtale med forældre

Ved samtalen får du/I forklaringer på børnenes reaktionsmønstre og behov, og du/I får øjeblikkelige handlemuligheder i hverdagen. Vi lægger en handleplan for en individuel indsats, der kan afhjælpe udfordringerne.

Data:

Barnets navn A: Fødselsdato:

Barnets navn B: Fødselsdato:

Mor: Fødselsdato:

Far: Fødselsdato:

Bror/søster: Fødselsdato:

Bror/søster: Fødselsdato:

Adresse: Postnr./by:

Kommune: Telefon mor:

Mail: Telefon far:

Dato for indledende samtale:

Fødselsuge: Fødselsvægt A:

 Fødselsvægt B:

Apgar score A: Fødselslængde A:

Apgar score B: Fødselslængde B:

Årsag til henvendelse A (max 5 linjer):

Årsag til henvendelse B (max 5 linjer):

Samtykkeerklæring

Jeg/vi giver tilladelse til, at Jonna Jepsen registrerer de her angivne oplysninger, øvrige mundtlige og skriftlige oplysninger givet af mig/os i vores samlede indsatsforløb samt notater i forbindelse med terapi- og behandlingsforløb.

Oplysningerne er fortrolige og behandles alene internt mellem Jonna Jepsen og hendes tilknyttede konsulenter og behandlere. De gives ikke videre til 3. part.

Navn og dato:

Nyhedsbrev. Ja tak, jeg/vi vil gerne tilmelde mig/os dit nyhedsbrev. Sæt kryds:

Udfyld venligst skemaet nedenfor i Word og i korte vendinger og mail til mail@jonnajepsen.dk

|  |
| --- |
| Børnenes historier omkring fosterperiode, fødsel og efterfødselsforløb |
| Graviditet: Samlet:Fødsel: A: B: Efterfødselsforløb: Har jeres børn været udsat for følgende behandling/indgreb:**A: *C-pap:*****A: *Respirator:*****A: *Sondemadning:*****A: *Medicin eller væske via drop:*****A: *Varme elektroder på huden:*****A: *Blodprøvetagninger ved snit i hælen:*****A: *Øjenundersøgelse(r) under fiksering:*****A: *Lysbehandling:*****A: *Andet:*****B: *C-pap:*****B: *Respirator:*****B: *Sondemadning:*****B: *Medicin eller væske via drop:*****B: *Varme elektroder på huden:*****B: *Blodprøvetagninger ved snit i hælen:*****B: *Øjenundersøgelse(r) under fiksering:*****B: *Lysbehandling:*****B: *Andet:***Samvær/adskillelseA: B:  AmningA: B:  |
| **Hvad er umiddelbart jeres bekymring i forhold til jeres børn?** **Hvordan og hvornår kommer det til udtryk?** *(er barnet uroligt, for passivt m.m.)* |
| A: B:  |
| Sansemotorik/sanseintegration |
| Muskel-/ledsans/motorik:A: Spjættende:A: Søgende efter omslutning:A: Spændt eller slap muskulatur:**A:** ***Holder meget løst eller fast på legetøj/sutteflaske/kop:***B: Spjættende:B: Søgende efter omslutning:B: Spændt eller slap muskulatur:**B:** ***Holder meget løst eller fast på legetøj/sutteflaske/kop:***Balance: A: Meget brug for kontakt med underlaget:A: Længe om at komme op at gå: A: Bliver svimmel ved tumling/hovedet nedad/snurre rundt:A: Kan blive snurret vildt og længe:A: Bliver køre-/luft-/søsyg?)B: Meget brug for kontakt med underlaget:B: Længe om at komme op at gå: B: Bliver svimmel ved tumling/hovedet nedad/snurre rundt:B: Kan blive snurret vildt og længe:B: Bliver køre-/luft-/søsyg?)Følesans:A: Reagerer på fysisk kontakt:A: Reagerer på let berøring:**A:*****Reagerer på at blive smurt ind i creme:***A: Ubehag ved berøring med fedtede/klistrede ting:A: Undgår visse konsistenser af mad:**A:*****Ubehag ved at få redt hår:*****A: *Ubehag ved at få børstet tænder:***B: Reagerer på fysisk kontakt:B: Reagerer på let berøring:**B:** ***Reagerer på at blive smurt ind i creme:***B: Ubehag ved berøring med fedtede/klistrede ting:B: Undgår visse konsistenser af mad:**B:** ***Ubehag ved at få redt hår:*****B:** ***Ubehag ved at få børstet tænder:***Oralmotorik:A: Svært ved at tygge bestemte konsistenser: A: Udtalt savlen: B: Svært ved at tygge bestemte konsistenser: B: Udtalt savlen: Lyd-/lys-/lugtfølsomhed:**A:*****Reagerer på lyd:*****A:*****Reagerer på lys:*****A:*****Reagerer på lugt:*****B:*****Reagerer på lyd:*****B:*****Reagerer på lys:*****B:*****Reagerer på lugt:***Aktivitetsniveau:A: Kropslig ro/uro:A: Meget eller lidt vågen:B: Kropslig ro/uro:B: Meget eller lidt vågen: |
| Kognitivt udviklingsniveau |
| Opmærksomhed/koncentration:A: Øjenkontakt:A: Fokusering:A: Imitation:A: Tiltrække og fastholde opmærksomhed:A: Reaktionstid ved stimulering:A: Følge pege-/blikretning:B: Øjenkontakt:B: Fokusering:B: Imitation:B: Tiltrække og fastholde opmærksomhed:B: Reaktionstid ved stimulering:B: Følge pege-/blikretning:Sprogudvikling/vokaliseringer:(ved 4-6 mdr. pludren, ved 8-9 mdr. få korte ord, derefter flere ord): A:B: |
| Kompetencer, reaktioner, adfærd |
| Stresstærskel/stresshåndtering/tryghed: **A:** ***Evne for selvregulering:*****A:** ***Reagerer på nye mennesker, ting og steder:*****A:** ***Reagerer på mange aktiviteter/sanseindtryk:*****B:** ***Evne for selvregulering:*****B:** ***Reagerer på nye mennesker, ting og steder:*****B:** ***Reagerer på mange aktiviteter/sanseindtryk:***Tilknytning:A: Primært til: A: Sekundært til: B: Primært til: B: Sekundært til:  |
| Spisning, kost, kosttilskud |
| A: B:  |
| Tænder og tandudvikling |
| **A:****B:** |
| Søvn |
| A: B:  |
| Dags- og døgnrytme (fast og stabil eller skiftende?) |
|  |
| Har i fundet metoder, som kan afhjælpe nogle af jeres børns udfordringer i hverdagen? |
| A: B:  |
| Mave-tarmfunktion |
| A: B:  |
| Infektioner, helbred, evt. indlæggelser efter fødslen |
| A: B:  |
| Eventuel diagnose |
| A: B:  |
| Behandling indtil dato |
| A: B:  |
| Pasning (aktuelt og planlagt?) |
| A: B:  |
| Temperament |
| A: B:  |
| Familierelationer/-forhold, herunder forældre-barn samspil |
|  |
| Hvordan har I det som forældre – er det/har det været hårdt? |
|  |
| **Får jeres børn/familie den nødvendige hjælp og støtte fra kommune/region?** |
|  |
| **Får I som familie støtte og forståelse fra jeres pårørende?** |
|  |

© Jonna Jepsen