**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/adskillelse  A:  B:    Amning  A:  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