PRIMA
BARN- OCH VUXENPSYKIATRI AB

Frågeformulär inför beslutsfattande om neuropsykiatrisk utredning

6 - 17 år

Barnets namn	
Barnets personnummer	
Datum	
Ifylld av (namn)	
Relation	☐ Förälder ☐ Lärare ☐ Annan (ange relation till barnet):

Svara på samtliga påståenden.

Inlärningsförmåga (i relation till jämnåriga)	JA	NEJ	DELVIS
Kan barnet läsa? (Avkodning)			
Förstår barnet innehållet i det hen läser? (Läsförståelse)			
Läser barnet böcker som är för barnets ålder?			
Kan barnet återberätta det hen har läst?			
Kan barnet skriva? (Skrivförmåga gällande stavning och skrivregler)			
Kan barnet skriva längre texter? (Skriva strukturerat med en röd tråd)			
Har barnet lärt sig de fyra räknesätten? (Addition, subtraktion, division, multiplikation)			
Kan barnet tillämpa matematiskt tänkande och problemlösning i olika slags uppgifter?			
Uppnår barnet kunskapsmålen i teoretiska ämnen?			
Uppnår barnet kunskapsmålen i praktiska ämnen?			
Uppfattas barnet generellt som lika mogen som jämnåriga?			
Har barnet hög frånvaro? (mer än 20 %)			
Om barnet har svårigheter i inlärningen, har barnet anpassningar utifrån dessa svårigheter?			
Om svar ja markera vilka:			
- Regelbunden undervisning med specialpedagog/-lärare?			
- Undervisning i mindre grupp?			

Inlärningsförmåga (i relation till jämnåriga)	JA	NEJ	DELVIS
- Anpassade läromedel?			
- Annat? Beskriv:			

Motorik	JA	NEJ	DELVIS
Kan barnet springa med flyt?			
Kan barnet balansera? T ex stå på ett ben			
Kan barnet klättra t ex i en lekpark?			
Kan barnet sparka en boll?			
Kan barnet kasta en boll?			
Kan barnet fånga en boll?			
Kan barnet cykla?			
Kan barnet simma?			
Har barnet haft försenad motorisk utveckling under uppväxten, t ex varit sen att börja gå utan stöd?			
Kan barnet äta med bestick?			
Kan barnet forma bokstäver och rita som jämnåriga?			
Kan barnet bygga med smålego? Lägga pärlplatta?			
Kan barnet klä på sig utan stöd, t ex kläder med knappar och dragkedjor, klä på strumpor?			
Funktionspåverkan: Leder detta till svårigheter att klara av olika situationer i vardagen?			

Språk	JA	NEJ	DELVIS
Har barnet haft typisk språkutveckling?			
Är barnet flerspråkigt?			
Har barnet förmåga att prata och uttrycka sig som jämnåriga?			
Förstår barnet det som sägs utan svårigheter?			
Pratar barnet tydligt? (Uttal)			
Har barnet haft logopedkontakt?			
Om svar JA:			
- Diagnostiserats med språkstörning			
- Kontakt pga uttalssvårigheter			
- Pågående behandlingskontakt			
Funktionspåverkan: Leder detta till svårigheter att klara av olika situationer i vardagen?			

Koncentration och uppmärksamhet	JA	NEJ	DELVIS
Gör barnet uppgifter noggrant och ser detaljerna när det behövs? (Skolarbete, hemsysslor)			
Kan barnet fokusera på uppgifter en längre stund? (Skolarbete, fritidsaktiviteter, hemsysslor)			
Lyssnar barnet på instruktioner, berättelser?			
Följer barnet instruktioner och slutför uppgifter?			
Planerar barnet inför uppgifter och organiserar det hen gör? (hemsysslor, längre skoluppgifter)			
Gör barnet uppgifterna när det behövs, särskilt om mer krävande uppgifter?			
Har barnet koll på sina saker? (skolsaker, nycklar, hörlurar, klädesplagg osv)			
Kan barnet fokusera trots mindre störningar från omgivningen?			
Kommer barnet ihåg överenskommelser och planer? (träningar, utflykter, skoluppgifter, planer med familjen, träffa kompisar)			
Funktionspåverkan: Leder detta till svårigheter att klara av olika situationer i vardagen?			

Aktivitetsnivå och impulsivitet	JA	NEJ	DELVIS
Kan barnet sitta lugnt i olika situationer som t ex i klassrummet, vid matbordet?			
Kan barnet stanna kvar på sin plats i situationer där det förväntas?			
Kan barnet varva ner och göra lugna aktiviteter (utan skärm som mobil eller dator)?			
Leker/sysselsätter sig barnet lugnt och anpassar ljudnivån?			
Kan barnet anpassa sin aktivitetsnivå till situationen?			
Pratar barnet lagom mycket?			
Väntar barnet tills andra har talat färdigt innan det svarar?			
Kan barnet vänta på sin tur? (stå i kö, i samtal, i lekar, i klassrummet osv)			
Är barnet tålmodigt och respekterar andras gränser utan att bli impulsiv i sitt beteende?			
Funktionspåverkan: Leder detta till svårigheter att klara av olika situationer i vardagen?			

Social förmåga	JA	NEJ	DELVIS
Söker barnet kontakt med vuxna för att få hjälp?			

Social förmåga	JA	NEJ	DELVIS
Visar barnet upp saker för att uppmärksamma andra om det hen har gjort eller är intresserad av?			
Kan barnet småprata för att vara social med andra?			
Brukar barnet berätta om sina tankar och erfarenheter till andra?			
Svarar barnet när vuxna söker kontakt med hen?			
Har barnet ögonkontakt när hen svarar an, söker kontakt eller är i samtal med andra?			
Har barnet varierande ansiktsuttryck?			
Använder barnet gester när hen berättar om något?			
Förstår barnet andra kroppsspråk och mimik? (Förmåga att läsa av andra?)			
Förstår barnet skämt och ironi?			
Söker barnet kontakt med andra barn för att prata, leka eller umgås?			
Har barnet nära vänner?			
Leker/umgås barnet med andra barn på rasterna?			
Hamnar barnet ofta i konflikter med andra barn?			
Funktionspåverkan: Leder detta till svårigheter att klara av olika situationer i vardagen?			

Beteendemönster	JA	NEJ	DELVIS
Har barnet återkommande motoriska rörelser som att flaxa med händerna, snurra runt, spreta med fingrarna?			
- Har barnet haft dessa beteenden tidigare under uppväxten?			
Har barnet annorlunda sätt att använda ord och språk, t ex har egna ord för olika saker eller upprepar samma ord/meningar?			
Har barnet en vana att sortera saker t ex utifrån färg eller storlek, eller ställa upp saker i långa rader?			
Orsakar förändringar starka reaktioner hos barnet, t ex tydlig oro eller utbrott?			
Har barnet egna rutiner som hen vill göra på samma sätt varje gång och blir upprörd när hen inte kan göra som hen brukar?			
Har barnet starka intresseområden som blir överdrivna i omfattning eller är ovanliga?			
Funktionspåverkan: Leder detta till svårigheter att klara av olika situationer i vardagen?			

Sensorik	JA	NEJ	DELVIS
Är barnet känsligt för			
- Ljud?			
- Ljus?			
- Lukter?			
- Beröring? T ex hur kläderna känns mot kroppen			
- Smak eller konsistens?			
Har barnet ett särskilt intresse för			
- Att betrakta rörelse som snurrande föremål?			
- Att känna på material eller föremål?			
- Att lukta på saker?			
Funktionspåverkan: Leder detta till svårigheter att klara av olika situationer i vardagen?			

Psykiskt mående	JA	NEJ	DELVIS
Har barnet minskat intresse för aktiviteter jämfört med tidigare?			
Har barnet mindre ork att delta i aktiviteter jämfört med tidigare?			
Har barnet sömnsvårigheter?			
Är barnet ofta ledset?			
Är barnet ofta oroligt eller har ångest?			
Är barnet ofta irriterat och blir lätt argt över småsaker?			
Blir barnet ofta så argt att hen blir utagerande (slåss, kastar saker osv)?			
Har barnet ett starkt behov av att göra vissa saker som kontrollera dörrar, tvätta händer, ta på saker visst antal gånger?			
Skadar barnet sig själv medvetet?			
Skadar barnet andra - människor eller djur - medvetet?			
Har barnet varit med om något traumatiserande, t ex bevittnat våld, varit utsatt för våld eller övergrepp, varit med i en svår olycka, förlorat en närstående?			
Har barnet ofta ont i kroppen utan tydlig anledning? T ex ont i magen, ont i huvudet.			
Äter barnet för mycket och detta har påverkan i måendet och vikt/tillväxt?			
Äter barnet för litet och detta har påverkan i måendet och vikt/tillväxt?			
Verkar barnet se eller höra saker som andra inte gör?			
Funktionspåverkan: Leder detta till svårigheter att klara av olika situationer i vardagen?			

Övrigt	JA	NEJ	DELVIS
Har barnet pågående användning av berusningsmedel?			
Har barnet tidigare använt berusningsmedel?			
Om svar JA till något av frågorna ovan ange vilken/vilka:			
- Alkohol			
- Nikotin			
- Droger			
- Tabletter			
- Annat? Ange vad:			
Finns det kontakt med beroendevården?			
Finns det misstanke om att barnet använder berusningsmedel?			
Finns det oro för barnets umgänge och kompiskontakter?			
Har barnet normbrytande beteenden som att delta i kriminella aktiviteter?			
Har barnet varit aktuell i kränkningsärenden i skolan?			
Har barnet haft kontakt med socialtjänsten?			
Har barnet haft kontakt med polisen?			

Finns det något annat som du vill berätta om barnet:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Tack!

Ifyllda formuläret ska lämnas/postas till PRIMA

Järva: Rinkebysvängen 70 C, plan 2
163 74 Spånga

Handen: Handenterminalen 2
136 40 Handen