

Spørreskjema

Child Screening Questionnaire, Inpp

Foresatte:

Email adresse:

Adresse:

Tlf.nr.

Utfylt av: dato

Barnets navn: Fødselsdato

Spørsmålene kan besvares med ja eller nei, ev. litt til og ved å vise til en eller flere av bokstavene a,b,c og d.

Ytterligere opplysninger kan gis på ark 3 og i en innledende samtale.

1) Har/Hadde noen i den nærmeste familie a) lærevansker

b) lese- og skrivevansker?.....

2) Var det medisinske problemer under graviditeten?

Eksempelvis høyt blodtrykk, mye oppkast, truende graviditetsavbrudd, virusinfeksjon, emosjonelt stress

3) Var fødselsprosessen rask, forlenget eller vanskelig på en eller annen måte?

Eksempelvis keisersnitt, bruk av tang, sugekopp

4) Ble barnet født a) 14 dager før termin eller b) mer enn 10 dager etter termin?

5) Barnets fødselsvekt og lengde:

6) Hadde ditt barn problemer med suging, ernæring eller med å holde på maten i løpet av sine første uker?

7) Var ditt barn uvanlig stille i løpet av de 6 første månedene?

8) Da barnet var mellom 6 og 18 måneder gammel: var det svært aktivt/krevende, f.eks sov lite, skrek mye?

- 9) Gikk barnet gjennom det «motoriske trinnet» med a) åling (kryping) på magen, b) krabbing på hender og knær eller c) tok barnet seg frem på baken, eller rullet seg frem, til den dagen det stod oppreist, eller d) hoppet barnet helt over kryp-og krabbestadiet?
- 10) Var barnet a) tidlig ute (før 10 mnd) eller b) sent (eldre enn 16 mnd) med å gå?
- 11) Begynte barnet sent med å snakke? (sent, hvis ikke begynt å sette sammen, hhv to ord ila siste del av det andre året og to til tre-ords-setninger ved 3-år)
- 12) Har barnet vansker med uttalen av én eller flere språklyder?.....
- 13) I løpet av sine første 3 år; opplevde barnet sykdom som involverte meget høy feber eller anfall?
- 14) Var det noen tegn til babyeksem, astma, eller allergiske reaksjoner?.....
- 15) Har barnet opplevd noen uvanlige reaksjoner på vaksiner?.....
- 16) Har barnet hatt a) ørebetennelse flere ganger, og/eller b) hyppige øre/nese/hals-infeksjoner?.....
- 17) Hadde barnet vansker med å lære å kle på seg selv, kneppe knapper, eller lignende?.....
- 18) Sugde barnet på tommel/fingre til, eller også etter, 5-års alder?.....
- 19) Var det utfordringer med sengevæting, ev. bare av og til, etter 5-års alder?.....
- 20) Blir/ble ditt barn bilsyk, reisesyk (buss, tog, båt, fly)?
- 21) Er det/var det vanskelig for barnet å lære seg å sykle på to-hjulssykel?.....
- 22) Er det/var det vanskelig for ditt barn å lese av tiden fra en analog klokke (i motsetning til en digital)?
- 23) Har/hadde ditt barn a) vansker med å ta imot en ball, b) problemer med å stupe kråke/slå kollbøttte, og/eller c) synes/syntes barnet å være tafatt i gymtimene, vegrer/vegret seg i lek og fysisk aktivitet?.....
- 24) Har/hadde barnet vanskeligheter med å sitte stille (ved pulten/ved middagsbordet) om så bare en liten stund, («maur i buksene»)?

- 25) Reagerer/reagerte barnet ofte, og/eller uvanlig, på uventete lyder eller bevegelse?
- 26) Har/hadde ditt barn lesevansker?
- 27) Har/hadde ditt barn vansker med a) rettskriving, b) å skrive/forme bokstavene,
c) og/eller med å skrive løkkeskrift/sammenhengende skrift?
- 28) Har/hadde ditt barn problemer med avskriftsoppgaver: a) av tekst fra tavlen,
b) av tekst fra bok, c) å plassere tallene på riktig sted?
- 29) Når ditt barn skriver/skrev, hender det/hendte det a) at bokstaver og/eller
tall blir/ble speilvendte, b) at bokstaver og/eller ord blir/ble utelatt?
- 30) Har ditt barn på et eller annet tidspunkt blitt gitt en diagnose?
-

Tilleggsopplysninger