



Nationellt uppföljningsprogram - CPUP - Neuropediatrik

Personnummer: _____

Efternamn: _____ Förnamn: _____

Barnets tillhörande region: _____

Barnets distrikt: _____

Bedömning/undersökning genomförd av:

Förnamn: _____ Efternamn: _____ Titel: _____

Bedömningsdatum (år – mån – dag): _____

Uppfyller kriterierna för CP:

Ja Nej, CP-diagnos avskriven Kan ej avgöras för närvarande

GRAVIDITET – FÖRLOSSNING - NEONATALPERIOD:

Födelseland:

Sverige

Danmark

Norge

Övrigt: _____

Flerbörd: Ja Nej Okänt

Gestinationslängd vid partus:

Känd graviditetsvecka: _____ + dagar: _____

Okänd, i beräknad tid eller senare

Okänd, för tidigt

Helt okänd

Födelsevikt:

Känd Födelsevikt (gram): _____

Okänd, normal

Okänd, för liten

Helt okänd

Födelselängd (cm): _____

Huvudomfång vid födseln:

Känt Huvudomfång (cm): _____

Okänt

Apgar:

Känd 1 minut: _____ 5 minuter: _____ 10 minuter: _____
 Okänd, välmående
 Okänd, övrigt

Barnet vårdat på neonatalavdelning efter förlossningen:

Ja Nej Okänt

Respiratorvård neonatalt:

Ja Nej Okänt

Kylbehandling/hypotermibehandling neonatalt:

Ja Nej Okänt

Anfall före 72 timmars ålder:

Ja Nej Okänt

Neonatala diagnoser:

ICD nr – treställig kod, utom vid missbildning (Q-nr) femställig kod som fylls i för hand

- P10 Intrakraniell skada/blödning orsakad av förlossningsskada
 P11 Andra förlossningsskador i CNS
 P14 Förlossningsskada i perifera nervsystemet
 P20 Intrauterin asfyxi
 P21 Syrebrist vid förlossningen
 P35 Medfödda virussjukdomar
 P37 Andra medfödda infektionssjukdomar/parasiter
 P52 Intrakraniell, icke traumatisk blödning hos foster och nyfödd
 P53 Blödningssjukdom hos foster och nyfödd (K-vitaminbrist)
 P55, P57, P58 Hemolytisk sjukdom hos foster o nyfödd; kernicterus; icterus v höggradig hemolys
 P70 Övergående rubbning i kolhydratomsättningen specifika för foster och nyfödd
 P90, P 91 Kramper och andra cerebrala rubbningar hos nyfödd
- Q - Missbildning/ar, diagnoskod/er _____
 Z001 friskt barn

Postneonatalt förvärvat CP (under tiden from 28:e levnadsdagen till innan två-årsdagen):

Ja Nej Okänt

Om ja, datum _____ eller ålder (år) vid skadan _____

CP-KLASSIFIKATION:

Undergrupp nivå 1	Undergrupp nivå 2	Undergrupp nivå 3	
Dominerande neurologiskt symptom			
Spasticitet <input type="checkbox"/>	Unilateral = hemi <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/>	Höger <input type="checkbox"/> Diplegi <input type="checkbox"/>	Vänster <input type="checkbox"/> Tetraplegi <input type="checkbox"/>
Dyskinesi <input type="checkbox"/>	Choreoatetos <input type="checkbox"/> Dystoni/tonusväxling <input type="checkbox"/>		
Ataxi <input type="checkbox"/>		Enkel ataxi <input type="checkbox"/> Ataktisk diplegi <input type="checkbox"/>	
Ej klassificerbar/blandform <input type="checkbox"/>			

Om ej klassificerbar CP-typ, orsak:Barnets ålder För lite information om barnet Kriterierna för subgruppering
passar inte in på barnets symtom**HJÄRNAVBILDNING:**

Ultraljudsundersökning:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Okänt <input type="checkbox"/>
Datortomografi (CT):	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Okänt <input type="checkbox"/>
Magnetkameraundersökning (MRT):	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Okänt <input type="checkbox"/>

Datum för senaste MRT: _____

Vilket sjukhus (senaste MRT): _____

Dominerande morfologiskt fynd (patologi) OBS! Bara ett kryss är tillåtet!

White matter injury of immaturity (PVL, PVH etc).	<input type="checkbox"/>
Fokal kortikal skada	<input type="checkbox"/>
Diffus kortikal skada	<input type="checkbox"/>
Basala gangliemönster	<input type="checkbox"/>
Missbildning	<input type="checkbox"/>
Normalt fynd	<input type="checkbox"/>
Uppgift saknas	<input type="checkbox"/>

Skadans/Skadornas lokalisation:Bilaterala skador: Ja Nej Uppgift saknas *OBS! Bara ett kryss är tillåtet nedan*

Skadan höger = skadan vänster	<input type="checkbox"/>
Skadan belägen på höger sida eller störst höger sida	<input type="checkbox"/>
Skadan belägen på vänster sida eller störst vänster sida	<input type="checkbox"/>
Uppgift saknas	<input type="checkbox"/>

Ytterligare iakttagelser: Flera kryss är tillåtna

Cerebellum	Normal <input type="checkbox"/>	Patologisk <input type="checkbox"/>	Uppgift saknas <input type="checkbox"/>
Corpus callosum	Normal <input type="checkbox"/>	Patologisk <input type="checkbox"/>	Uppgift saknas <input type="checkbox"/>
Tecken till infektion (Ca++)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Uppgift saknas <input type="checkbox"/>

Kommentar:**ANDRA FUNKTIONSNEDSÄTTNINGAR / SJUKDOMAR:****Kognitiv funktion: OBS! Bara ett kryss är tillåtet**

Uppskattad/kliniskt bedömd	<input type="checkbox"/>	Datum: _____	Ålder (år): _____
Testad utan nivåbedömning	<input type="checkbox"/>	Datum: _____	Ålder (år): _____
Testad med nivåbedömning	<input type="checkbox"/>	Datum: _____	Ålder (år): _____
Ej bedömd	<input type="checkbox"/>		

Kognitiv nivå enligt ICD 10: OBS! Bara ett kryss är tillåtet

medelsvår – svår utvecklingsstörning	<input type="checkbox"/>
lindrig utvecklingsstörning	<input type="checkbox"/>
klart under genomsnittet/lågt genomsnittligt (borderline)	<input type="checkbox"/>
genomsnittligt eller över	<input type="checkbox"/>
okänd	<input type="checkbox"/>

Kommentar:

b 4 Andningsfunktion	
Ingen funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/>
Funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/>
Okänt	<input type="checkbox"/>
b510 Sväljningsfunktion	
Ingen funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/>
Funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/>
Okänt	<input type="checkbox"/>
b530 Aktuell viktökning	
Ingen funktionsnedsättning (dvs bra viktökningstakt enl tillväxtkurva)	<input type="checkbox"/>
Funktionsnedsättning (för hög- resp för låg viktökning enl tillväxtkurva)	<input type="checkbox"/>
Okänt	<input type="checkbox"/>

Senaste längd (cm, heltal): _____ datum: _____
Senaste vikt (kg, heltal): _____ datum: _____
Senaste huvudomfång (cm, heltal): _____ datum: _____
Kommentar:

Pågående peroral medicinering mot spasticitet/dyskinesi:
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Peroral medicinering perparat/dos: _____

Fyll i operationsformulär för op gastrostomi, gastroesofageal reflux, intratekal bakofen selektiv dorsal rhizotomi

Övriga kommentarer:
