

INPP Screening för barn

Forskning (Publicerad i The British Journal of Occupational Therapy, oktober 1998) har visat, att 7 eller flera ”ja”-svar på frågorna i screening-formuläret ger anledning till tilläggsutredning för att upptäcka underliggande neurologiska utvecklingsfördröjningar (t ex rester av primitiva reflexer) hos barn som fyllt 7 år.

Om du känner att ditt barn kanske har en utvecklingsförsening, så kontakta mig gärna för vidare information och frågor.

Markera med **fet still** det svar som stämmer för ditt barn.

1. Finns det inlärningssvårigheter i släkten och den närmaste familjen?	Ja	Nej
2. Förekom det några medicinska problem under graviditeten?	Ja	Nej
3. Var förlossningen utdragen eller extra komplicerad (ex. med kejsarsnitt, tång etc.)?	Ja	Nej
4. Skedde förlossningen för tidigt eller för sent (mer än 2 veckor för tidigt eller mer än 10 dagar för sent)?	Ja	Nej
5. Var födelsevikten lägre än 2300 gram?	Ja	Nej
6. Hade barnet svårt att inta eller behålla maten under de första veckorna?	Ja	Nej
7. Var barnet extremt krävande under de första 6 månaderna?	Ja	Nej
8. Hoppade ditt barn över ålnings- och krypstadiet?	Ja	Nej
9. Lärde sig barnet att gå sent (senare än 16 mån. ålder)?	Ja	Nej
10. Har barnet haft svårigheter med att klä sig själv, knäppa knappar eller knyta skosnören efter 6–7 års ålder?	Ja	Nej
11. Har barnet någon form av allergi?	Ja	Nej
12. Har barnet fått någon onormal reaktion vid vaccinering?	Ja	Nej
13. Sög barnet på tummen efter 5 års ålder?	Ja	Nej
14. Var barnet fortfarande sängvätare, om än vid enstaka tillfällen, efter 5 års ålder?	Ja	Nej
15. Brukar barnet drabbas av åksjuka?	Ja	Nej
16. Har barnet haft svårt att lära sig avläsa tiden från en klocka med visare (en analog klocka)?	Ja	Nej
17. Hade barnet ovanligt svårt för att lära sig cykla på en 2-hjuling?	Ja	Nej

- | | | |
|--|----|-----|
| 18. Har barnet haft ofta återkommande öroninflammationer eller infektioner i näsa, hals och luftvägar? | Ja | Nej |
| 19. Hade barnet någon gång under sina 3 första år extremt hög feber där barnet yrade eller hade feberkramper? | Ja | Nej |
| 20. Har barnet svårt för att t.ex. fånga en boll eller slå en kullerbytta och är betraktad som fumlig och klumpig? | Ja | Nej |
| 21. Har barnet svårt för att sitta stilla, även kortare stunder? | Ja | Nej |
| 22. Brukar barnet överreagera om det plötsligt inträffar ett oväntat ljud? | Ja | Nej |
| 23. Har barnet lässvårigheter? | Ja | Nej |
| 24. Har barnet skrivsvårigheter? | Ja | Nej |
| 25. Har barnet svårigheter med att kopiera (rita av)? | Ja | Nej |
| 26. Har barnet fått en diagnos? | Ja | Nej |

Datum: _____

Barnets namn: _____

Födelsedatum: _____

Släktskap med barnet? _____

Hemadress: _____

Mobiltelefon: _____

Email adress: _____