



Neuropædiater protokol

Udgave 091001

Cpr. nr.	_____ - _____	Fornavn	_____
Efternavn	_____		

Dato for vurdering	_____ (år – måned – dag)
Vurdering er udført af	_____ (Fornavn – Efternavn)
Titel:	_____ Pædiatrisk afd. på _____

Opfylder barnet kriterierne for cerebral parese

Ja Nej Kan ikke afgøres på nuværende tidspunkt

Graviditet – fødsel – neonatalperioden

Fødselsland	<input type="checkbox"/> Danmark	<input type="checkbox"/> Sverige	<input type="checkbox"/> Norge	<input type="checkbox"/> Andet: _____
Flerfødsel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ukendt	
<u>Gestationslængde</u> ved fødslen	<input type="checkbox"/> Ukendt, til beregnet tid eller senere	<input type="checkbox"/> Kendt, graviditetsuge _____ + dage _____	<input type="checkbox"/> Ukendt, for tidligt	<input type="checkbox"/> Helt ukendt
<u>Fødselsvægt</u>	<input type="checkbox"/> Ukendt, normal	<input type="checkbox"/> Kendt, gram: _____	<input type="checkbox"/> Ukendt, for lille	<input type="checkbox"/> Helt ukendt
<u>Fødselslængde</u>		<input type="checkbox"/> Kendt, cm _____		
<u>Hovedomfang</u> ved fødslen	<input type="checkbox"/> Ukendt	<input type="checkbox"/> Kendt, cm _____		
<u>Apgar</u>	<input type="checkbox"/> Ukendt, velbefindende	<input type="checkbox"/> Kendt	Angiv score: _____ - _____ - _____	<input type="checkbox"/> Ukendt, øvrige

**Graviditet – fødsel – neonatalperioden** (fortsat)Behandling på neonatalafdeling efter fødslen? Ja Nej UkendtRespiratorbehandling neonatalt? Ja Nej UkendtAnfald inden for de første 72 timers levealder Ja Nej UkendtAngiv barnets neonatale diagnoser (*ICD koder*)

Postneonatalt erhvervet cerebral parese* Nej Ja

* Tiden mellem 28. levedøgn og to årsdagen

Dato for skaden _____ (år-måned-dag) og/eller barnets alder ved skaden _____ år

Skade: ICD 10 koder eller tekst


CP klassifikation efter SCPE

<input type="checkbox"/> Spastisk	Unilateral	Højresidig hemiplegi	<input type="checkbox"/> G 80.2
		Venstresidig hemiplegi	<input type="checkbox"/> G 80.2
	Bilateral	Diplegi	<input type="checkbox"/> G 80.1
		Tetraplegi	<input type="checkbox"/> G 80.8
<input type="checkbox"/> Dyskinetisk	Coreoathetose		<input type="checkbox"/> G 80.3
	Dystoni/vekslende tonus		<input type="checkbox"/> G 80.3
<input type="checkbox"/> Ataxi		Ren ataxi	<input type="checkbox"/> G 80.4
		Ataktisk diplegi	<input type="checkbox"/> G 80.4
<input type="checkbox"/> Ej klassificerbar eller blandingsform			<input type="checkbox"/> G 80.9

Hvis ej klassificerbar CP, angiv årsag:

- Barnets alder
- For lidt information om barnet
- Kriterierne for subgrupperingerne passer ikke på barnets symptomer



Hjerneafbildning

Ultralydsundersøgelse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ukendt
Hvis ja, hvilket sygehus	_____		Dato for seneste undersøgelse _____
CT-scanning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ukendt
Hvis ja, hvilket sygehus	_____		Dato for seneste undersøgelse _____
MR-scanning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ukendt
Hvis ja, hvilket sygehus	_____		Dato for seneste undersøgelse _____

Dominerende morfologiske fund (patologi)

<input type="checkbox"/> White matter injury of immaturity*	<input type="checkbox"/> Fokal cortical skade	<input type="checkbox"/> Diffus cortical skade
<input type="checkbox"/> Basalganglie mønster	<input type="checkbox"/> Misdannelse	<input type="checkbox"/> Normale fund

*OBS! Der må kun sættes et kryds! *(PVL, PVH, etc.)*

Skadens/skadernes lokalisering

Bilaterale skader	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	<input type="checkbox"/> Skaden i højre side = Skaden i venstre side (ens skader)	
	<input type="checkbox"/> Skaden er beliggende i højre side, eller størst i højre side	
	<input type="checkbox"/> Skaden er beliggende i venstre side, eller størst i venstre side	

Yderligere iagttagelser – Der må gerne sættes flere krydser!

Cerebellum	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Patologisk
Corpus Callosum	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Patologisk
Tegn på infektion (ca ⁺⁺)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej



Andre funktionsnedsættelser/sygdomme

Intellektuel funktion Vurderet/klinisk bedømt, dato: _____ eller barnets alder _____

Obs! et kryds! Testet uden IQ værdi, dato: _____ eller barnets alder _____

Testet med IQ værdi, dato: _____ eller barnets alder _____

Ikke bedømt

Kognitiv niveau* IQ = < 50, middelsvær – svær udviklingsforstyrrelse

* Vurderet med ICD 10 IQ = 50-69, let udviklingsforstyrrelse

Obs! et kryds! IQ = 70-84, klart under gennemsnittet/lavt gennemsnitligt (borderline)

IQ = ≥ 85, gennemsnitligt eller over

Ukendt

Kommentarer _____

Syn

Seneste syns undersøgelse, dato _____ (år-måned-dag), alder _____

Synsskadet eller blind* Ja Nej Ukendt

*Synsskarpheden på bedste øje, med bedste korrektion < 0,3 eller ikke anvendbart syn

Andre syns problemer, som trods korrektion medfører besvær i hverdagen

Ja Nej Ukendt

Hydrocephalus - Neurokirurgisk behandlet (stomiopereret, shuntbehandlet)

Ja Nej Ukendt

Epilepsi (definitionen på epilepsi: har haft mindst to uprovokerede anfald)

Aldrig Ja, har eller har haft anfald Ukendt

Hvis ja,

Er i aktuell antiepileptisk medicinering

Er aktuelt ikke i antiepileptisk medicinering

Ukendt om aktuelt i medicinering eller ikke

Øvrige sygdomme eller sundhedsproblemer iflg. ICD (nummer og/eller tekst)


Funktioner/aktiviteter iflg. ICF (hvordan det for det meste er – ”hverdagsfunktion”)

B134 Søvnfunktionen
 Ingen funktionsnedsættelse Funktionsnedsættelse Ukendt

B230 Hørelsesfunktionen
 Ingen funktionsnedsættelse Funktionsnedsættelse Ukendt

B3 Stemme- og talefunktion, dvs. tale og lydproduktion (eksklusive psykiske sprogfunktion)
 Ingen funktionsnedsættelse Funktionsnedsættelse Ukendt

B4 Åndedrætsfunktion
 Ingen funktionsnedsættelse Funktionsnedsættelse Ukendt

B510 Vægtøgning

- Ingen funktionsnedsættelse, dvs. god vægtøgning eller tilvækstkurve
- Funktionsnedsættelse, dvs. For høj eller lav vægtøgning eller tilvækstkurve
- Ukendt

Seneste længde, vægt og hovedomfangsmåling

Seneste længde _____ cm, dato: _____

Seneste vægt _____ kg, dato: _____

Seneste hovedomfang _____ cm, dato: _____

Kommentarer: _____

Nuværende peroral medicinering af spasticitet/dyskinesi
 Nej Ja Præparat/dosis: _____

**Øvrige kommentarer**

Udfyld operationsprotokollen for

Gastrostomi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Operationsdato:	_____
Nedlæggelse af gastrostomi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Operationsdato:	_____
SDR, Selektiv dorsal Rhizotomi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Operationsdato:	_____
ITB, Intratectal baklofenbehandling	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Operationsdato:	_____
ITB revisioner, udskiftning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Operationsdato:	_____
Shuntstop + revisioner	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Operationsdato:	_____
GER-OP	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Operationsdato:	_____

Botulinumtoxin, ortopædkirurgiske operationer og håndortopædkirurgi findes...?