

|  |
| --- |
| Skjema til utfylling ved henvisning til munnmotorisk team |
| **ID** (fylles ut av Fysio-ergo) |  |
| **Status i dag** | **Hva er du bekymret for?** |
|  |
| **Hvor lenge har situasjonen vært slik?** |
|  |
| **Har barnet vansker med spising?**  |
|  |
| **Hvis ja:** |
| Hva spiser barnet i dag, hvordan og med hvem? |
|  |
| Beskriv en vanlig dag/ et vanlig døgn (måltids- og døgnrytme) |
|  |
| **Hvordan er barnets søvn? (snorking, pustestopp etc)** |
|  |
| **Har barnet fysiske vansker med munn og svelg?** (f.eks mandler/polypper, tannstilling, øre/halsbetennelse, brekning, oppkast, vegring, økt/nedsatt følsomhet, sikling ol) |
|  |
| **Har barnet vansker med syn/hørsel?** **Er det eventuelt undersøkt?** |
|  |
| **Fortell kort om familiesituasjonen, trivsel og fungering i hjem/barnehage/skole** |
|  |
| **Barnets utviklings-historie** | **Beskriv kort barnets utvikling siden fødsel** |
| Vekst: |
|  |
| Språkutvikling: |
|  |
| Sosial utvikling og kommunikasjonsutvikling (eks: kroppsspråk, lydproduksjon, blikkontakt, samspill med nærpersoner): |
|  |
| Finmotorikk (små bevegelser, f.eks bevegelse i hender og fingre - skrive, gripe osv): |
|  |
| Grovmotorikk (store bevegelser i kroppen, f.eks gange, kast, løping osv): |
|  |
| **Hvordan var svangerskap og første levetid?** |
|  |
| **Hvordan var det med amming / flaske med morsmelkerstatning (MME)** |
|  |
| **Når begynte barnet med fast føde, og hvordan fungerte overgangen?**  |
|  |
| **Oppsummering** | **Hva ønsker dere hjelp til?** |
|  |
| **Forventningsavklaring: Hva forventer dere av oss?**  |
|  |