



CEREBRAL PARESEREGISTERET I NORGE

Et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister

CPRNung Legeskjema

Samtykke: Ja
Fødselsnummer (11 siffer):

Fylles ut av CPRN
Skjemanummer:

Bakgrunnsopplysninger

Født i Norge? Ja Nei Vet ikke

Hvilket land var barnet født i?

Morsmål:

Status

Dato for denne kliniske undersøkelse:

Høyde (cm):

Vekt (kg):

Hodeomkrets (cm):

Diagnoser

- CP diagnose: G80.0 Kvadriplegi
 G80.1 Diplegi
 G80.2 Hemiplegi HØYRE
 G80.2 Hemiplegi VENSTRE
 G80.3 Choreoathetose
 G80.3 Dystoni
 G80.4 Ataksi
 G80.8 Annen spesifisert
 G80.9 Uspesifisert

Andre kronisk sykdommer/tilstander ikke relatert til CP? Ja Nei Vet ikke

Spesifiser diagnose(r):

Ernæring

- Eating and Drinking Ability Classification System (EDACS): Nivå I
 Nivå II
 Nivå III
 Nivå IV
 Nivå V
 Vet ikke

Gastrostomi? Ja Nei Vet ikke

Alder ved gastrostomi (år)?

- I hvilken grad benyttes gastrostomi? I hovedsak
 Som støtte til per oral
 Vet ikke

Vurdert av klinisk ernæringsfysiolog? Ja Nei Vet ikke

Alder ved siste vurdering (år):

Videofluoroskopi? Ja Nei Vet ikke

Alder ved siste videofluoroskopi (år):

24-timers pH registrering? Ja Nei Vet ikke

Alder ved siste pH registrering (år):

Syrehemmende medisiner? Ja, bruker nå
 Brukte tidligere
 Nei, aldri
 Vet ikke

Hydrocephalus/Shunt

Shuntoperert hydrocephalus? Ja Nei Vet ikke

Alder ved siste shuntoperasjon/revisjon (år):

Epilepsi

Har/har hatt epilepsi? Ja Nei Vet ikke

Hjelp

> = 2 anfall etter nyfødtperioden

Behandling:

Antiepileptika Ja, bruker nå
 Brukte tidligere
 Nei, aldri
 Vet ikke

Vagusstimulator Ja, bruker nå
 Brukte tidligere
 Nei, aldri
 Vet ikke

Ketogen diett Ja, bruker nå
 Brukte tidligere
 Nei, aldri
 Vet ikke

Luftveier

Problemer med sliming/tett pust? Ja Nei Vet ikke

Hjelp

Astma, periodevis tette luftveier eller lignende

Bruker:

Inhalasjonsmedisiner Ja Nei Vet ikke

PEP-maske Ja Nei Vet ikke

CPAP Ja Nei Vet ikke

Cough assist Ja Nei Vet ikke

Alvorlige respirasjonsvansker? Ja Nei Vet ikke

Bruker:

Hjemmerespirator/BIPAP Ja Nei Vet ikke

Tracheostomi Ja Nei Vet ikke

Antibiotika mot luftveisinfeksjon(er) det siste året? Ja Nei Vet ikke

- Hvor mange ganger? 0-1 gang
 2-4 ganger
 > 4 ganger
 Vet ikke

Hørsel

Hørselshemming? Ja Nei Vet ikke

Alvorlig hørselshemming? Ja Nei Vet ikke

Hjelp

<70dB før korreksjon, på beste øre

Syn

Synshemming? Ja Nei Vet ikke

Har alvorlig synshemming? Ja Nei Vet ikke

Hjelp

Blind i.e. <6/60 (<0,1) etter korreksjon, på beste øye

Kortikal synshemming? (CVI) Ja Nei Vet ikke

Hjelp

Har større vansker med synsfunksjon enn øyenlegeus tilsier (CVI - Cortical Visual Impairment)

Urin/Avføring

Kontinent for urin? Ja, helt Delvis Nei Vet ikke

Fra hvilken alder? (år)

Kontinent for avføring? Ja, helt Delvis Nei Vet ikke

Fra hvilken alder? (år)

Bruker avføringsmidler? Ja Nei Vet ikke

- Hvor ofte? Daglig
 1-2 dager per uke
 Av og til
 Vet ikke

Søvn

Vansker med å sove den siste måneden? Aldri
 Nesten aldri
 Noen ganger
 Ofte
 Nesten alltid
 Vet ikke

Smerter

Plaget med smerter i kroppen den siste måneden? Ja Nei Vet ikke

Lokalisering?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hode | <input type="checkbox"/> Skulder/arm - høyre |
| <input type="checkbox"/> Skulder/arm - venstre | |
| <input type="checkbox"/> Rygg | |
| <input type="checkbox"/> Mage | |
| <input type="checkbox"/> Hofte - venstre | <input type="checkbox"/> Hofte - høyre |
| <input type="checkbox"/> Legg - venstre | <input type="checkbox"/> Legg - høyre |
| <input type="checkbox"/> Fot - venstre | <input type="checkbox"/> Fot - høyre |
| <input type="checkbox"/> Vet ikke | |

- Hvor ofte? Daglig
 Ukentlig
 Sjeldnere
 Vet ikke

- Hvor sterke? Meget svake
 Svake
 Moderate
 Sterke
 Svært sterke
 Vet ikke

Hvilke tiltak har foreldre og/eller barnet selv satt i verk for å lindre eller redusere smerter?

- Hvile
 Massasje
 Skifte stilling/liggestilling
 Reseptfrie medikamenter (Paracet, Ibux, osv.)
 Fått fysioterapi rettet mot smerter
 Konsultert fastlegen
 Konsultert habiliteringstjenesten
 Ingen tiltak
 Vet ikke

Hvem rapporterer om smerter?

- Ungdommen selv
 Mor/far
 Annen omsorgsperson
 Vet ikke

Undersøkelser - SISTE 10 år

DATABASERT GANGANALYSE (DBA)

DBA utført? Ja Nei Vet ikke

Alder ved siste gang? (år)

RØNTGEN

Røntgen hofte/bekken? Ja Nei Vet ikke

Røntgen rygg? Ja Nei Vet ikke

Behandling - SISTE 10 år

SPASTISITET

Botulinumtoksin injeksjon(er)? Ja Nei Vet ikke

- Hvor? I overekstremiteter
 I underekstremiteter
 Vet ikke

- Antall ganger? 1-2 ganger
 3-5 ganger
 5-10 ganger
 > 10 ganger
 Vet ikke

Peroral spastisitetsbehandling? Ja Nei Vet ikke

Intrathecal baclofenpumpe (ITB)? Ja Nei Vet ikke

Alder? (år)

Rizotomi? Ja Nei Vet ikke

Alder? (år)

ORTOPEDI

Ortopedisk inngrep? Ja Nei Vet ikke

Benet kirurgi: Rygg
 Hofter
 Hender
 Føtter

Bløtdelskirurgi: Overex
 Underex

Brudd? Ja Nei Vet ikke

Hvor? Arm
 Ben
 Rygg

ANDRE

DBS stimulering Ja Nei Vet ikke

Hjelp

Deep brain stimulation

Behandling i utlandet? Ja Nei Vet ikke