**Anamnese til brug for vurdering i Oralmotorisk Team**

**Navn:**

|  |
| --- |
| **Svangerskab og fødsel** |
| Var der problemer under svangerskabet?Hvornår?Hvilke? |  |
| Var der komplikationer under fødslen?Hvilke? |  |
| Er dit barn født før eller efter den fastsatte termin?Hvor meget? |  |
| Kender du dit barns APGAR score\*?Hvis ja, hvad var scoren? |  |
| Andet: (fx favoritside af hovedstilling, trivselsproblemer, sygdomme m.m.) |  |
| **Kost og ernæring** |
| Er dit blevet ammet? Hvor længe? |  |
| Har dit barn fået sutteflaske? Hvor længe? |  |
| Har dit barn fået sondemad?Hvor længe? |  |
| Har dit barn gylpet usædvanligt meget/ haft refluks/opkastninger ved måltider?  |  |
| Har der været hurtig udløsning af brækrefleks? (Fx ved tandbørstning) |  |
| Er det gået nemt at gå fra amning/flaske til fast føde?  |  |
| Spiselyst:Er dit barn kræsen?Kan dit barn lide alt - også mad der smager stærkt? |  |
| Er dit barn følsom over for madens temperatur?(Varm/kold mad) |  |
| Har dit barn tendens til at proppe munden for meget? |  |
| Smasker dit barn, når det spiser?(Meget, moderat, lidt) |  |
| Andet:(Fx overvægt, undervægt, synkeproblemer) |  |
| **Mund og tænder** |
| Savler dit barn, eller har han/hun gjort det tidligere? |  |
| Hvornår fik dit barn sine første tænder? |  |
| Bruger dit barn sut, eller har han/hun gjort det?Hvor meget/ længe? |  |
| Putter dit barn ofte ting i munden, bider i ting?(Tøj, blyant, legetøj m.m.) |  |
| Har dit barn ofte åben mund, i vågen og sovende tilstand?(Mundånder) |  |
| Skærer dit barn tænder?(Dag/nat) |  |
| Har tandlægen observeret specielle forhold?(Overbid, underbid, skævt bid, høj gane, tungepres, m.m.) |  |
| Andet:(Fx ganeplade, bøjle, huller i tænderne, m.m.) |  |
| **Tale og sprog** |
| Har dit barn pludret? |  |
| Hvornår begyndte dit barn at sige de første ord? |  |
| Taletydelighed:Har dit barn vanskeligheder med udtale?(Generelt eller specifikke lyde) |  |
| Taleforståelse:Bliver dit barn forstået af fremmede?(Børn, voksne) |  |
| Er dit barn optaget af leg med andre børn? |  |
| Kan dit barn fordybe sig i en leg eller i en aktivitet? |  |
| Andet:(Fx talepædagog) |  |
| **Hørelse og syn** |
| Har dit barn haft problemer med ørerne? (Fx mellemørebetændelser, dræn, nedsat hørelse) |  |
| Er hørelsen blevet tjekket hos øre-næse-halslæge?Hvornår? |  |
| Har dit barn haft synsproblemer?(Fx skelen, nærsyn, langsyn, dobbeltsyn) |  |
| Er dit barns syn blevet tjekket hos en øjenlæge? Hvornår?  |  |
| Andet:(Fx bruger briller, høreapparat m.m.) |  |
| **Motorik** |
| Har dit barns motoriske udvikling været alderssvarende?(Fx trille, krybe/kravle, gå, løbe m.m.) |  |
| Har dit barn været særlig følsomt for berøring på hænder og fødder?(Fx at gå på bare fødder, røre ved bestemte ting) |  |
| Har dit barn problemer med at sidde stille/være stille? (Er omkringfarende, forstyrrende, urolig, højtråbende, larmende)  |  |
| Har dit barn problemer med bevægelege?(Fx balance, tumlen, klatre, hoppe, springe) |  |
| Har dit barn søvnproblemer?(Fx svært ved at falde til ro eller i søvn, vågner flere gange, ligger uroligt) |  |
| Andet:(Fx går indad/udaddrejet på fødder, tågænger, svært ved at holde på bestik, mareridt) |  |

**\* APGAR score.**

Pointsystem fra 1 til 10 til at vurdere det nyfødte barns tilstand lige efter fødslen (fx barnets kulør, og om det trækker vejret).