

## Foreldreskjema

**Skjemaet skal leses av en maskin. Derfor er det viktig å bruke blå eller sort kulepenn og skrive tydelig:**

- I de små avkrysningsboksene setter du *et kryss* inni boksen for det svaret som du mener passer best, slik:
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det ved å fylle boksen helt, slik:
- Tallboksene har ofte to eller flere ruter. Når du skriver et ett-sifret tall, bruker du den høyre ruten. *Eksempel: 5 skrives slik:*

	5
--	---

### Kjære familie

Dere har nå fått en avtale hos oss. For å forberede besøket, sender vi dere dette heftet med spørsmål som vi ønsker at dere besvarer før dere kommer til undersøkelsen. Når vi møtes vil vi snakke mer om disse temaene, og vi kan da også oppklare eventuelle uklarheter.

Noen av spørsmålene i dette heftet har dere besvart tidligere i spørreskjema fra NorFlu. Disse besvarelsene er ikke tilgjengelige for oss på klinikken, men er viktige for å gjøre en helhetlig vurdering av barnet deres når dere er her. Enkelte temaer har spørsmål som ligner mye på hverandre. Dette gjør informasjonen vi får mest mulig nyttig og pålitelig for forskning. På denne måten kan dere bidra til ny kunnskap om barn og utvikling.

Selv om du/dere mener at noen av spørsmålene ikke passer (fordi barnet er for ungt/gammelt, situasjonen er irrelevant, eller noe annet), vil vi gjerne at ALLE SPØRSMÅLENE BESVARES. Noen av spørsmålene kan virke litt merkelige eller vanskelige, men alle spørsmålene tilhører et spørsmålssett for bruk på barn i ulike aldre.

Hvis dere synes det er vanskelig å besvare noen av spørsmålene ber vi dere markere dem, så ser vi på dette sammen når dere kommer til NorFlu-klinikken.

**Husk å ta med skjemaet når dere kommer.**

Barnets navn: \_\_\_\_\_

*De ansatte i studien fjerner denne siden.*



### 1. Dato for utfylling av skjemaet

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

dag

måned

år

(Skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2013)

+

+

### 2. Hvem har fylt ut skjemaet?

Mor

Far

Begge

## OM BARNETS NÆRMESTE FAMILIE OG BARNEPASS

### 3. Barnets familiesituasjon

#### A. Bor barnets biologiske foreldre sammen?

**JA**, Fyll ut hvem som ellers bor i husstanden.

Søsken/andre barn.

Antall:

Alder:






Andre, spesifiser: \_\_\_\_\_

**NEI**, ikke siden barnet var  måneder gammel. **Fyll ut nedenfor hvem som ellers bor i husstanden.**

**NEI**, har aldri bodd sammen. **Fyll ut nedenfor hvem som ellers bor i husstanden.**

#### B. Familiesituasjon hos mor:

Bor ikke hos mor i det hele tatt.

Bor hos mor  dager i uken /  dager i måneden.

Mor bor med ny partner

Søsken/andre barn.

Antall:

Alder:






Andre, spesifiser: \_\_\_\_\_

#### C. Familiesituasjon hos far:

Bor ikke hos far i det hele tatt.

Bor hos far  dager i uken /  dager i måneden.

Far bor med ny partner

Søsken/andre barn.

Antall:

Alder:






Andre, spesifiser: \_\_\_\_\_

D.  **Annen bosituasjon** (beskriv): \_\_\_\_\_

### 4. Passes barnet av andre enn dere foreldre på dagtid?

Nei

Ja

**Hvis ja, oppgi antall timer per uke:**

Familiebarnehage

timer per uke

Barnehage

timer per uke

Dagmamma/  
praktikant

timer per uke

Andre

timer per uke

+

Regn bare med timer på dagtid på hverdager. Maks antall timer per uke er 50.

### 5. Får barnet ekstra hjelp i barnehagen?

Nei

Ja

**Hvis ja, oppgi antall timer per uke:**

+

Beskriv: \_\_\_\_\_

## OM FØDSELEN OG DEN FØRSTE TIDEN

6. Var det komplikasjoner eller problemer i svangerskapet, under fødselen eller de første fire ukene etterpå? .....  Nei  Ja +

+

Hvis Ja, beskriv her: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Hvor mange måneder ble barnet helt eller delvis ammet? .....  Ble ikke ammet

måneder

8. Hadde barnet kolikk eller gråt uvanlig mye de første 3 månedene? .....  Nei  Ja

9. Var det uvanlig mye gråt/kolikk etter de første 3 månedene? .....  Nei  Ja +

Hvis ja, hvor mange måneder? .....

måneder

## OM BARNETS MILEPÆLER OG UTVIKLING

10. Oppgi alder i måneder da barnet første gang gikk uten støtte: .....  Går ikke ennå

måneder

11. Oppgi alder i måneder da barnet sluttet å bruke bleie om dagen: .....  Ikke sluttet ennå

måneder

12. Oppgi alder i måneder da barnet sluttet å bruke bleie om natten: .....  Ikke sluttet ennå

måneder

13. Barnets motoriske ferdigheter nå: (Sett kryss for hver linje.)

	Nei	Ja
1. Kan barnet sparke ball uten å holde seg i noe? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kan barnet ta i mot en stor ball med begge hender? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kan barnet holde en blyant slik voksne gjør? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kan barnet kneppe opp knapper? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Hånddominans

Hvilken hånd bruker barnet til å tegne, spise og lignende? .....  Venstre  Høyre  Begge like ofte

+

+

### 15. Vurder barnets ferdigheter generelt slik de er nå, sammenlignet med jevnaldrende.

(Sett kryss for hver linje.)

+	Senere enn	Lik	Tidligere enn
1. Barnets <b>finmotoriske</b> ferdigheter sammenlignet med jevnaldrende .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Barnets <b>grovmotoriske</b> ferdigheter sammenlignet med jevnaldrende .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Barnets <b>språkforståelse</b> sammenlignet med jevnaldrende .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Barnets <b>talespråk</b> sammenlignet med jevnaldrende .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Barnets <b>konsentrasjon</b> sammenlignet med jevnaldrende .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Barnets <b>sosiale ferdigheter</b> sammenlignet med jevnaldrende .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## OM BARNETS HELSE

### 16. Generelt

	Nei	Ja	
1. Har barnet ditt fulgt vanlige helsestasjonskontroller? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Har barnet ditt fulgt vanlig vaksinasjonsprogram? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Får barnet kosttilskudd? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+

Hvis Ja, spesifiser hvilke kosttilskudd som barnet får:

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

### 17. Hvor mange timer sover barnet vanligvis...

... mellom kl. 18 og 09?  timer

... mellom kl. 09 og 18?  timer

### 18. Hvor ofte hender det at barnet våkner om natten?

- 3 eller flere ganger hver natt
- 1-2 ganger hver natt
- Noen ganger i uken
- Sjelden eller aldri

### 19. Er du bekymret over barnets søvnmønster?

- Nei
- Ja, jeg synes barnet sover uvanlig lite
- Ja, jeg synes barnet sover uvanlig mye
- Ja, jeg synes barnet sover uvanlig urolig
- Ja, jeg synes barnet ofte er våken lange stunder om natten
- Ja, annet - beskriv:

---



---



---

+

+

**20. Har, eller har barnet ditt hatt, noen av de følgende sykdommene/tilstandene? Vær vennlig å fylle ut barnets alder ved første tilfelle, og kryss av for om barnet ditt fortsatt har denne sykdommen**

år måned  
   +

*Eksemplet over illustrer korrekt utfylling hvis barnet var fire måneder ved en gitt sykdom.*

+	Nei, aldri	Ja	Alder		Har det fortsatt
			år	mnd	
1. Astma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. Allergi (pollen, dyrehår, matallergi, annet) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3. Epilepsi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4. Andre anfall (f.eks. katapleksi) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
5. Søvnproblemer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kontaktvansker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hyperaktivitet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
8. Annen langvarig/kronisk tilstand/ sykdom/syndrom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
9. Feberkramper .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
10. Meningitt/encefalitt (hjernehinnebetennelse) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hjernerystelse/hodeskade .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
12. Lungebetennelse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
13. Influensa .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
14. Halsbetennelse med påviste streptokokker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
15. Skarlagensfeber .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
16. Fire eller flere ørebetennelser på ett år .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
17. Medfødte misdannelser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

**Hvis Ja på noe av det ovennevnte, beskriv her:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

+

+

**21. Bruker barnet medisiner regelmessig nå? .....**  Nei  Ja +

<b>Hvis ja, oppgi navn på medisin:</b>	<b>Oppgi årsak til bruk:</b>	<b>Alder (mnd.) ved start:</b>
_____	_____	<input type="text"/>
_____	_____	<input type="text"/>

**22. Har barnet vært til noen av de følgende spesialistundersøkelsene?**

	+	Nei	Ja	Siste undersøkelsesår
1. EEG, MR, CT av hodet/hjernen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2. Hørselstest/synstest .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3. Annen spesialistundersøkelse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**Hvis Ja på noe av det ovennevnte, beskriv resultatet:**

**Oppgi hvor undersøkelsene ble foretatt:**

_____	_____
_____	_____

**23. Har barnet vært innlagt på sykehus etter fødselen? .....**  Nei  Ja

**Hvis Ja, spesifiser år, navn på sykehus og diagnose/årsak til sykehusinnleggelse.**

Årstall	Navn på sykehus	Diagnose/årsak til innleggelse
<input type="text"/>	_____	_____
<input type="text"/>	_____	_____
<input type="text"/>	_____	_____
<input type="text"/>	_____	_____

**24. Er barnet blitt henvist til noen av følgende instanser? .....** +

Type klinikk/institusjon	Ja	Navn på klinikk/institusjon	Årsak
1. Poliklinikk for barn/barnelege	<input type="checkbox"/>	_____	_____
2. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)	<input type="checkbox"/>	_____	_____
3. Habiliteringstjeneste	<input type="checkbox"/>	_____	_____
4. Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)	<input type="checkbox"/>	_____	_____

## 25. OM BARNETS SØSKEN OG FORELDRE

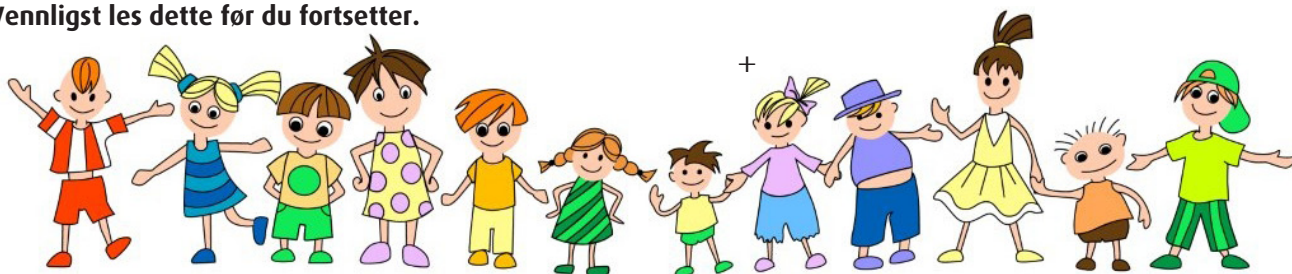
1. Nå eller tidligere, har barnets søsken eller foreldre hatt en kronisk sykdom/tilstand (f.eks. diabetes, leddgikt, depresjon)? .....  Nei  Ja
2. Nå eller tidligere, har barnets søsken eller foreldre, hatt utviklingsproblemer eller skoleproblemer (f.eks. ADHD, forsinket språkutvikling, cerebral parese, lærevansker) .....  Nei  Ja

Hvis Ja på noe av det ovennevnte, beskriv her: \_\_\_\_\_

Er barnets mor eller far venstrehendt? .....  Nei, ingen  Ja, far  Ja, mor

## LITT INFORMASJON OM NESTE DEL AV SKJEMAET

Vennligst les dette før du fortsetter.



Illustrasjon: Colourbox.com

### Om språk og kommunikasjon (s. 7)

Vi ønsker å få mer detaljert kunnskap om barnets mestring av ulike språklige ferdigheter. Vi stiller spesielt spørsmål som kartlegger barnets tale, språklig innhold og form.

### Om barnets evne til planlegging og organisering (s. 9)

Her spør vi om hvordan barnet takler hverdagslige utfordringer. Dette vil gi oss kunnskap om hvordan barnet reagerer på utfordringer i hverdagen. Listen av spørsmål er ment å belyse ulike væremåter barn kan ha, både barn som har vansker, og de som ikke har det. Ikke alle spørsmålene vil være relevante for ditt barn. Vi håper likevel at du besvarer dem.

### Om barnets finmotorikk (s. 11)

Her ønsker vi å vite mer om barnets motorikk, og spesielt barnets mulighet til å gjøre bevegelser som å plukke opp gjenstander, eller sette ting oppå hverandre.

### Om barnets temperament (s. 12)

Disse spørsmålene vil gi oss informasjon om barnets humør og temperament.

### Om barnets væremåte (s. 12)

Her ønsker vi å vite mer om barnets væremåte. Denne listen stiller spørsmål som skal belyse barns væremåte, både de barna som har vansker og de som ikke har det. Du kan derfor også her oppleve en del av spørsmålene som ikke relevante for ditt barn. Vi håper likevel at du besvarer dem.

### Om barnets grovmotoriske ferdigheter (s. 14)

Denne seksjonen inneholder spørsmål om barnets nåværende grovmotoriske ferdigheter.

### Om barnets sosiale ferdigheter, og digitale medier og lek (s. 15)

Vi spør litt om barnets sosiale ferdigheter, blant annet hvor lett barnet får kontakt med andre, og litt om barnets bruk av digitale medier.

### Samlet vurdering (s. 16)

Til slutt spør vi om din samlede vurdering av eventuelle vansker, og hvordan dette påvirker barnets dagligliv.

+

+



## 26. OM SPRÅK OG KOMMUNIKASJON

**Svar NEI** – dersom utsagnet ikke beskriver hva barnet gjør nå for tiden. Svar også **NEI** dersom utsagnet beskriver noe barnet ditt bare så vidt har begynt å gjøre eller gjør bare noen ganger. Svar også **NEI** dersom du er usikker på om du har sett barnet gjøre dette.

**Svar JA** – dersom utsagnet beskriver hva barnet gjør nå for tiden. Svar også **JA** dersom barnet har pleid å gjøre det før, men har nå vokst fra det (for eksempel krabbe eller bable).

+	+	Nei	Ja
1. Kaller deg mamma (pappa), mor (far) eller tilsvarende. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Snakker i lange setninger for å uttrykke tanker - minst 6 ord lange setninger. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Forteller en kort historie som for eksempel Rødhette og ulven; forteller hendelsen i riktig rekkefølge og hvordan historien ender. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Snakker om fortiden med riktige endinger og bøyning; for eksempel "Jeg lekte med Tor", "Jeg gjorde det", "Jeg gikk til..." .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bruker ordet "du" i setningene. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Beskriver ting helt i detalj, for eksempel "Dukken har hår og en kjole", "Hunden har en hale" etc. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bruker ordene "Kan ikke", "Gjør ikke", "Vil ikke". ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sier to eller flere ord ved siden av å si "mamma" og "pappa". ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bruker ordene "en", "et", "den", for eksempel "Se en hund", "Se den katten". ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bruker minst 10 ord. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Kommer med ytringer som "Hvis jeg gjør det... så kan jeg..." eller "Når jeg skal..... så ". ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Babler, lager lyder som om han/hun snakker i setninger, eller pleide å gjøre det. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bruker ordene "meg", "min" og "jeg" riktig. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bruker flertallsending korrekt; for eksempel "menn" og ikke "manner", "mus" ikke "muser", "føtter" og ikke "foter". ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Snakker om ting som "kunne skje" eller "kanskje kunne skje", for eksempel "Han kunne skadet seg hvis han ikke var forsiktig". ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Forteller hva som skjer av aktivitet på et bilde, for eksempel "Kattepusen spiser". ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Synger enkle sanger. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Bruker ordet "ikke" i setningene. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Uttrykker lett tanker og ideer i fullstendige setninger, bruker god grammatikk og uttaler de fleste ord helt tydelig. ....	+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Stiller spørsmål som begynner med "Hva" eller "Hvor". ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Snakker i setninger på minst fire ord. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Begrunner ting ved å bruke ord som "Fordi...". ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Snakker helt klart og tydelig; ordene blir forstått i de fleste tilfellene. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Bruker minst fem ulike ord som er navn på ting (objektord). ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Bruker minst ett av de følgende ordene: "Meg", "Jeg", "Han", "Hun", "Du" eller "Det". ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Stiller spørsmål som begynner med "Hvorfor", "Når" eller "Hvordan". ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Har et ordforråd på 20 ord eller mer. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Snakker i lange, komplekse setninger, 10 ord eller mer i setningen. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Snakker i detalj om ting som har skjedd, beskriver en serie av hendelser, for eksempel "Vi gikk til... og så .... Etter det fikk vi...." .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Snakker om sine egne ting som "Mitt" eller "Mine". ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

(forts. neste side)

- | +   | +                        | Nei                      | Ja                       |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31. Bruker flertallspronomen som "Vi", "De", "Dem" eller "Oss" korrekt. ....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Bruker 50 ulike ord eller flere i daglig samtale. ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Kan hviske (snakke lavt). ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Bruker navnet på figurer som sirkel, firkant, trekant og stjerne. ....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Stiller enkle spørsmål og bruker da helt riktige setninger (grammatikk). ....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Peker på ting. ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Spør etter hva ord betyr. ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Bruker flertallsending og legger til "-er", for eksempel "hester", "biler". ....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Gjengir et barnerim som for eksempel "Mikkel rev". ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Spør etter "Mer" eller "En til". ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Snakker i setninger med ordene i riktig rekkefølge. ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Ber om noe å drikke eller spise, ved å bruke ord eller lyder. ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Snakker i lengre setninger (som inneholder minst 2 eller 3 ord). ....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Kan si navnet på kjente ting i en billedbok (trenger bare være noen få). ....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Sier "Kan jeg få..." eller "Takk". ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Kan navnet på minst fem kroppsdeler, for eksempel øye, nese, munn, hender eller føtter dersom en spør. .... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Binder sammen to setninger med ordene "og", "eller" eller "men". ....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Har et stort ordforråd som er mer enn bare å kunne telle. ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Sier (uttaler) de fleste ordene han/hun bruker helt korrekt. ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Sier navnet på ukedagene i riktig rekkefølge. ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | +   | Nei                      | Ja, lette                | Ja, store                |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 51. Har barnet uttalevansker? .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Nei, lite                | Ja, det meste            | Ja, alt                  |
| 52. Kan fremmede forstå hva han/hun sier? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 27. FLERSPRÅKLIGHET

### 1. Hvilke språk snakker dere hjemme? (flere svar er mulig)

- Norsk .....
- Samiske språk .....
- Svensk eller dansk språk .....
- Andre språk .....

Spesifiser: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2. Hvilket språk behersker barnet best? (sett ett kryss)

- Norsk .....
- Samiske språk .....
- Svensk eller dansk språk .....
- Andre språk .....

Spesifiser: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. Hvilket språk brukes hovedsakelig i barnehagen?

- Norsk .....
- Samiske språk .....
- Svensk eller dansk språk .....
- Andre språk .....

Spesifiser: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 28. OM BARNETS EVNE TIL PLANLEGGING OG ORGANISERING

Her følger en liste av utsagn som beskriver barn. Vi vil gjerne vite om barnet har hatt vansker med noe av det følgende i løpet av de siste 6 månedene. Vennligst svar på alle spørsmål så godt du kan og prøv å ikke hoppe over noen.

I løpet av de siste 6 månedene, har noe av det følgende vært et problem?	Aldri et problem	Noen ganger problem	Ofte et problem
1. Overreagerer på små problemer. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Når to ting skal gjøres, huskes bare det første eller siste. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Er uoppmerksom på hvordan hans/hennes atferd påvirker eller plager andre. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Når han/hun får beskjed om å rydde opp, blir tingene plassert på en uorganisert, tilfeldig måte. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Blir oppskaket i nye situasjoner. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Har eksplosive, sinte utbrudd. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Har problemer med å gjennomføre handlinger som er nødvendige for å fullføre en oppgave (som å prøve én bit av puslespillet om gangen, rydde opp for så å få en belønning). ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Holder ikke opp å le av morsomme ting eller hendelser samtidig med andre. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Trenger å bli fortalt at en oppgave skal begynnes på, selv om han/hun er villig til å gjøre den. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Har problemer med tilpasning til nye mennesker (som barnevakter, lærer, venn eller ansatte i barnehagen.) ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Blir for lett oppskaket. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Har problemer med å konsentrere seg om spill, puslespill eller lekeaktiviteter. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Må ha tettere oppfølging enn jevnaldrende. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Når han/hun blir sendt for å hente noe, glemmer han/hun hva det var. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Blir oppskaket av endring i planer eller rutiner (for eksempel rekkefølge i daglige aktiviteter, å legge til et ekstra ærend i siste liten, kjøre en ny vei til butikken). ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bryter ut i sinne uten særlig grunn. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Gjentar de samme feilene om og om igjen, selv etter at hjelp er gitt. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Oppfører seg villere eller mer fjollete enn andre i en gruppe (i fødselsdager, lekegrupper etc.) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Kan ikke finne klær, sko, leker eller bøker, selv når det er gitt direkte instruksjoner. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Bruker lang tid på å føle seg trygg på nye steder eller i nye situasjoner (som besøk hos fjerne slektninger eller nye venner). ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Har hyppige humørforandringer. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Gjør tullefeil selv om han/hun egentlig kan. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Plukker på ting, er rastløs eller urolig (vrir seg, klatrer, klyver). ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Har vansker med å følge etablerte rutiner for søvn, spising eller lekeaktiviteter. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Plages av høye lyder, skarpt lys eller visse lukter. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Små hendelser skaper kraftige reaksjoner. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Har problemer med aktiviteter som må løses i mer enn ett trinn. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Er impulsiv. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Har vansker med å finne en ny måte å løse et problem på, eller fullføre en aktivitet når han/hun står fast i noe. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(forts. neste side)

**I løpet av de siste 6 månedene, har noe av det følgende vært et problem?**

	+	Aldri et problem	Noen ganger problem	Ofte et problem
30. Blir urolig/forstyrret av endringer i omgivelsene (som nye møbler, ting i rommet som flyttes på eller nye klær). .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Sinte eller tårefylte utbrudd er intense, men går plutselig over. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Trenger voksehjelp for å holde på med en oppgave over tid. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Legger ikke merke til når hans/hennes atferd fører til negative reaksjoner. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Etterlater seg rot som andre må rydde opp selv etter at instruksjon er gitt. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Har problemer med å endre aktiviteter. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Reagerer sterkere på situasjoner enn andre barn. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+				
37. Glemmer hva han/hun gjør midt i en aktivitet. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Forstår ikke at visse handlinger plager andre. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Henger seg opp i små detaljer i en oppgave eller situasjon og går glipp av hovedpoenget. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Har vansker med å "gli inn" i sosiale sammenhenger som er ukjente (som feiring av fødselsdager og høytidsdager, utflukter osv.). ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Blir lett overveldet eller overstimulert av vanlige dagligdagse aktiviteter. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Har problemer med å gjøre ferdig oppgaver (som spill, puslespill og liksom-lek aktiviteter). ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Kommer oftere ut av kontroll enn vennene gjør. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Kan ikke finne ting på rommet eller på lekeområdet, selv når det er gitt direkte instruksjon. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Motsetter seg endringer av rutiner, mat, steder etc. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Etter å ha opplevd et problem, er han/hun skuffet i lang tid. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Kan ikke holde seg til temaet når han/hun snakker. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Snakker eller leker altfor støyende. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Fullfører ikke oppgaver selv om det er gitt direkte instruksjon. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Blir lett overveldet eller overstimulert i travle situasjoner med mange mennesker (for eksempel situasjoner med mye støy, aktivitet eller mennesker). ....	+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Har vansker med å komme i gang med aktiviteter eller oppgaver selv om instruksjon har blitt gitt. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Oppfører seg for vilt eller ukontrollert. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Forsøker ikke å gjøre så godt han/hun kan i ulike aktiviteter. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Har vansker med å sette på bremsene i forhold til egne handlinger etter å ha blitt bedt om dette. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Ute av stand til å fullføre en beskrivelse av en hendelse, en person eller en historie. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Fullfører oppgaver eller aktiviteter for raskt. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Er ikke selv klar over hva han/hun klarer bra og hva han/hun ikke klarer så bra. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Blir lett avsporet under aktiviteter. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Har vansker med å huske noe, selv etter kort tid. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Blir altfor tøysete/fjollete. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Har et kort oppmerksomhetsspenn. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Leker uforsiktig (uvørent) i situasjoner hvor han/hun kan bli skadet (som lekeområder, svømmebasseng). ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Er ikke klar over om han/hun gjør en oppgave riktig eller galt. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+			+	

## 29. OM BARNETS FINMOTORIKK

**Svar NEI** – dersom utsagnet ikke beskriver hva barnet gjør nå for tiden. Svar også **NEI** dersom utsagnet beskriver noe barnet ditt bare så vidt har begynt å gjøre eller gjør bare noen ganger. Svar også **NEI** dersom du er usikker på om du har sett barnet gjøre dette.

**Svar JA** – dersom utsagnet beskriver hva barnet gjør nå for tiden. Svar også **JA** dersom barnet har pleid å gjøre det før, men har nå vokst fra det.

+	+	Nei	Ja
1. Plukker opp gjenstander med én hånd. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bygger et tårn med to eller flere klosser. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Holder to gjenstander samtidig, én i hver hånd. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bruker to hender til å plukke opp store gjenstander. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tegner eller kopierer to linjer som krysser hverandre (+) ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Legger puslespill med ni eller flere biter. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Plukker opp små gjenstander, som biter av tørr frokostblanding, med tommel og én finger. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tegner bilder av hele mennesker som inkluderer minst et hode med øyne-nese-munn, kropp, armer og ben med føtter. ....	+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Holder fargestift med finger og tommel, tilnærmet lik en voksen. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Flytter en gjenstand fra en hånd til den andre. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Skribler/klusser med en fargestift eller blyant. Eller pleide å gjøre det. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Klipper over papir med en saks fra en kant til den andre. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tegner gjenkjennelige bilder. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tegner eller kopierer fullførte sirkler. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Prøver å klippe med små sakser. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tegner eller kopierer en firkant som har fire ordentlige hjørner (□). ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Klipper med saks, følger et enkelt omriss eller mønster. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Bygger et tårn med fem eller flere klosser. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Blar i sidene på en barnebok, én side av gangen. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tegner bilder av mennesker som har minst tre deler, som for eksempel hode, øyne, nese, munn, hår, kropp, armer eller ben. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Bygger et tårn med åtte eller flere klosser. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Bruker én hånd mer enn den andre; har en håndpreferanse. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Bygger ting med klosser, som et enkelt hus, en bro eller bil. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Farger innenfor linjene i en fargebok. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Skribler/klusser i en sirkelbevegelse. Eller pleide å gjøre det. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Skruer opp og skrur igjen lokket på glass eller flasker. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tegner eller kopierer vertikale (   ) og horisontale ( — ) linjer. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Plasserer individuelle biter – enkle former eller figurer i et puslebrett. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Plukker opp to små leker med én hånd. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Tegner og skriver på en planlagt, organisert måte. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

## 30. OM BARNETS TEMPERAMENT

Vær vennlig og sett et kryss i den kolonnen som passer for hvert utsagn i forhold til ditt barn.

+	Veldig typisk	Ganske typisk	Både/og	Lite typisk	Ikke typisk
1. Barnet blir lett sjenert. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Barnet har lett for å gråte. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Barnet liker å være sammen med andre mennesker. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Barnet er alltid på farten. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Barnet vil heller leke med andre enn å leke alene. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Barnet har lett for å reagere med sterke følelser. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Barnet beveger seg vanligvis i et rolig tempo. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Barnet har lett for å få venner. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Barnet er i aktivitet og løper omkring med en gang det våkner om morgenen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Barnet synes at andre mennesker er mer spennende enn noe annet. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Barnet sutrer og gråter ofte. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Barnet er veldig sosialt. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Barnet er full av energi. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Det tar lang tid før barnet blir trygg på fremmede. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Barnet har lett for å bli oppskaket. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Barnet foretrekker å være alene. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Barnet foretrekker stillesittende, rolig lek framfor å leke mer aktivt. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Barnet mistrives når det er alene. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Barnet viser sterke reaksjoner når det blir oppskaket. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Barnet er veldig tillitsfullt mot fremmede. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

## 31. OM BARNETS VÆREMÅTE

Nedenfor er en liste med utsagn som beskriver barn. For hvert utsagn som beskriver barnet nå eller de siste 2 månedene, vennligst kryss av i kolonnen som passer i forhold til hvor godt utsagnet beskriver ditt barn.

	Stemmer ikke	Stemmer delvis/noen ganger	Stemmer veldig bra eller ofte
1. Kan ikke konsentrere seg, være oppmerksom lengre tid av gangen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kan ikke sitte stille, er urolig eller hyperaktiv. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tåler ikke å vente, vil ha alt med en gang. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Klenger på voksne eller er for avhengig. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gråter mye. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

(Forts. neste side)

+	+	Stemmer ikke	Stemmer delvis/noen ganger	Stemmer veldig bra eller ofte
6. Trassig. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ønsker må oppfylles umiddelbart. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ulydig. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vil ikke sove alene. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Spiser dårlig. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har ikke lyst til å gå ut av hjemmet. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Er redd for visse dyr, situasjoner eller steder. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Legger seg bort i alt mulig. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bli fort urolig når atskilt fra foreldrene. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Har problemer med å sove. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ser ulykkelig ut uten grunn. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Er ofte sint. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Er nervøs, overfølsom eller anspent. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Har mareritt om natten. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Spiser for mye. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Er ofte overtrett. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Får panikk uten rimelig grunn. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	+			
23. Skifter raskt fra en aktivitet til en annen. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Motsetter seg å legge seg om kvelden. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Viser lite interesse for ting rundt seg. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sover mindre enn andre barn i løpet av dagen og/eller natten. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Er sta, mutt eller irritabel. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Snakker eller roper i søvne. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Raserianfall eller hissig gemytt. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. For redd eller engstelig. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ikke samarbeidsvillig. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. For lite aktiv, beveger seg langsomt eller mangler energi. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ulykkelig, trist eller deprimert. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Våkner ofte om natten. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Bekymrer seg. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+				+

## 32. OM BARNETS GROVMOTORISKE FERDIGHETER

**Svar NEI** – dersom utsagnet ikke beskriver hva barnet gjør nå for tiden. Svar også **NEI** dersom utsagnet beskriver noe barnet ditt bare så vidt har begynt å gjøre eller gjør bare noen ganger. Svar også **NEI** dersom du er usikker på om du har sett barnet gjøre dette.

**Svar JA** – dersom utsagnet beskriver hva barnet gjør nå for tiden. Svar også **JA** dersom barnet har pleid å gjøre det før, men har nå vokst fra det (for eksempel krabbe).

+	Nei	Ja
1. Går uten hjelp. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hopper fra trappetrinn med bena samlet. Eller gjorde det tidligere. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kaster en ball stående. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Løper. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Løper "flytende", rundt hjørner og med plutselige stopp. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sykler rundt på en trehjulssykel ved bruk av pedalene. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Går opp og ned trapper alene. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Går opp og ned trapper alene, med en fot på hvert trinn, med annenhver fot. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sparker en ball. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hopper på en fot, minst to ganger, uten støtte. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hopper over hindringer i veien mens han/hun løper. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Står på ett ben, stødig og uten støtte. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Klatrer på klatrestativ. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Stuper kråke forlengs. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+		
15. Hopper rundt på en fot uten støtte. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Husker på huske, og klarer å få fart selv. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ruller over fra rygg til mage. Eller gjorde det tidligere. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Står stødig, uten støtte. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Fra stående posisjon, hopper over gjenstander eller mennesker. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Går sidelengs rundt møbler eller barneseng mens han/hun holder seg fast. Eller går på egen hånd. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Løper bra uten å falle. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Står på en fot noen få sekunder uten støtte. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Klatrer opp stige og sklir ned uten hjelp. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Sitter uten støtte. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Sykler på to-hjulssykel med eller uten støttehjul. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Trekker seg opp i stående stilling. Eller kommer seg opp og står. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Slår hjul. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Kaster ball med andre barn; hiver til dem og fanger ballen minst halvparten av gangene. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Klatrer opp på en stol for voksne og setter seg selv. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Viser god balanse og koordinasjon i fysiske lekeaktiviteter som løping, klatring og hopping. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+



### 33. OM BARNETS SOSIALE FERDIGHETER

Vi vil gjerne vite litt om barnets sosiale ferdigheter. Vær vennlig å kryss av på hver linje for det svaret som passer. +

+	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
1. Gjør som voksne ber om. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Er glad i å prate. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Blir likt av andre barn. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gjennomfører oppgaver og aktiviteter som er påbegynt. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Er snill mot yngre barn. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Er opptatt av å få vite ting og stiller spørsmål. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ler hjertelig. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Deler gjerne med andre. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tilbyr seg å hjelpe andre. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Er interessert når noen vil lære ham/henne noe nytt. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Godtar venners forslag til lek. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Viser medfølelse når andre barn slår seg eller er triste. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### DIGITALE MEDIER OG LEK

34. Oppgi hvor mange **timer per dag** barnet bruker på følgende aktiviteter hjemme:

+	HVERDAG					HELG				
	Ikke hver dag	Mindre enn 1 time	1 time	2 til 3 timer	Mer enn 3 timer	Ikke hver dag	Mindre enn 1 time	1 time	2 til 3 timer	Mer enn 3 timer
1. Spiller på datamaskin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Spillkonsol / Håndholdte spillmaskiner (f.eks. Playstation 3, Nintendo DS etc.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ser på TV eller film .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bruker nettbrett/trykkfølsom skjerm (f.eks. iPad, iPhone, Samsung Galaxy) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ser i bøker/blader .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Legger tradisjonelle puslespill, perler, tegner .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Utelek/herjelek .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fantasilek/kle seg ut .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis barnet ditt bruker nettbrett, vennligst svar på spørsmålet under.

### 35. Nettbrett/trykkfølsom skjerm

Siden nettbrett er en ny teknologi som har fått mye fokus blant yngre barn, er vi spesielt interessert i å vite mer om hvilke aktiviteter barnet ditt eventuelt gjør på nettbrett. Vennligst kryss av for de 3 vanligste aktivitetene barnet ditt gjør.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Spiller underholdnings spill | <input type="checkbox"/> Spiller pedagogiske spill |
| <input type="checkbox"/> Ser på film/filmsnutter      | <input type="checkbox"/> Ser på/tar bilder         |
| <input type="checkbox"/> Tegner                       | <input type="checkbox"/> Hører på musikk           |
| <input type="checkbox"/> Lek og utforskning           | <input type="checkbox"/> Ser i digitale bøker      |

+

+

## 36. SAMLET VURDERING AV BARNETS MULIGE VANSKER

Samlet sett, synes du at barnet har vansker på ett eller flere av følgende områder?

(Fyll ut for hver linje.)

+						+ Hvis Ja, hvor lenge har disse vanskene vært til stede?			
		Nei, ingen slike vansker	Ja, små vansker	Ja, tydelige vansker	Ja, alvorlige vansker	Mindre enn én måned	1-5 måneder	6-12 måneder	Mer enn ett år
	1. Språk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Følelser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Konsentrasjon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Oppførsel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Komme overens med jevnaldrende ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Komme overens med voksne .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har svart "Ja" på noen av spørsmålene/vanskene over, vennligst svar på følgende spørsmål:

	Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
7. Blir barnet selv forstyrret eller plaget av vanskene? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

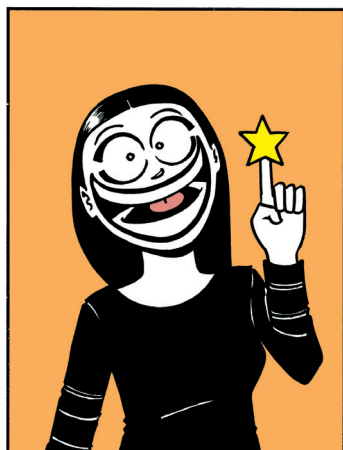
Påvirker vanskene barnets dagligliv på noen av de følgende områder? (Kryss av for hver linje.)

+					
		Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
	8. Hjemme/i familien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Forhold til venner/samvær med jevnaldrende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. I barnehage/park/hos dagmamma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Fritidsaktiviteter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Er vanskene en belastning for deg eller familien som helhet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Eventuelle kommentarer: \_\_\_\_\_

## 37. ER BARNEHAGESKJEMAET LEVERT TIL BARNEHAGEN?

- Ja, vi har levert det.
- Nei, barnehagen vil ikke fylle det ut.
- Nei, vi vil ikke at barnehagen skal fylle ut skjemaet.



## Tusen takk for innsatsen!

Vi gleder oss til å møte dere i klinikken.