

Arbetsformulär språk screening vid 2,5 år

Datum: _____ Person-nummer: _____
Barnets namn: _____ Tfn hem: _____
Adress: _____ Tfn arb: _____
BVC: _____ Bedömare: _____

Tidigare hälsoövervakning/utveckling enligt BVC-journal	Ja	Nej
Hörselnedsättning/upprepade otiter/otosalpingiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärftlighet för sen språkutveckling/läs- och skrivsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidigare problem med språkutveckling (vid 6, 10, 18 mån)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flerspråkighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Språk i familjen (f) omgivningen (o)		

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Övrigt: _

2,5-års screening		Ja	Nej
PRODUKTION	1. Talar barnet spontant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Skriv ner hur barnet säger:		
	docka	bil	kopp/mugg
	fat/tallrik	sked	boll
	hund	ko	väska
	3. Härmar barnet kon, hunden, bilen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Har barnet 2-ordssatser, t ex "titta vovve"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Förstår barnet prepositionerna i eller på , t ex "Lägg skeden i väskan"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Kan barnet peka ut den lilla respektive stora bilen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Kan barnet peka ut olika kroppsdelar på sig själv eller dockan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Förstår barnet följande uppmaning: "Lägg hunden i koppen" och "Lägg dockan på fatet/tallriken"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FÖRSTÅELSE	9. Medverkar barnet bra vid bedömningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Stämmer undersökningsresultatet med föräldrasvaren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Allmänna kommentarer om barnet/undersökningen _		

Bedömning/åtgärder

Utan anmärkning	<input type="checkbox"/>	Remiss barnläkare	<input type="checkbox"/>
Uppföljning språkutv BVC vid 3 år	<input type="checkbox"/>	Remiss öronläkare	<input type="checkbox"/>
Remiss logoped	<input type="checkbox"/>	Remiss psykolog	<input type="checkbox"/>
Remiss hörselprovning	<input type="checkbox"/>	Avböjer	<input type="checkbox"/>