

STUREN case history form Barn

Skal gjennomføres med barnets foreldre eller verge/formynder(e). Det er valgfritt å diskutere spørsmålene med barnet.

Denne siden med personopplysninger vil bli lagret separat fra resten av spørreskjemaet for å sikre anonym håndtering av data.

Navn (barnet) _____

Fødselsdato (barnet) _____

Forelder/verge 1

Forelder/verge 2

Navn _____

Telefon _____

Epost _____

Dato for gjennomføring _____

Spørsmål du ikke kan svare på kan utelates.

Spørsmål om stammingens start

1. Hvor gammel var barnet da du observerte første tegn på stamming? _____

2. Stammingen begynte

- | | | | | |
|---|--|--|---|--|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Gradvis,
vekslet mellom
ingen stamming
og mild
stamming | Gradvis,
ble langsomt
mer alvorlig | Ganske plutselig,
ble mer alvorlig i
løpet av en uke | Plutselig,
ble mer alvorlig i
løpet av 1 – 3
dager | Ingen av
alternativene

Vet ikke

Husker ikke |

3. Beskriv hvordan stammingen var da den startet.

☐ Husker ikke/vet ikke

Spørsmål om stammingens utvikling

4. Har stammingen opphørt?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ja,
helt | Ja,
nesten | Nei,
den har blitt
mer alvorlig | Nei,
den er stabil | Nei,
men den
har redusert | Vet ikke |

5. Hvis stammingen har helt eller nesten opphørt, hvor gammel var barnet da det skjedde? Andre kommentarer?

6. Hvis du tenker tilbake på de siste 6 månedene; har stammingen vært varierende (for eksempel fra uke til uke eller dag til dag)?

☐Ja ☐Nei ☐Vet ikke/husker ikke

Hvis ja, hvor lenge varer periodene? Dager? Uker? Måneder? År? Er det perioder uten stamming? Andre kommentarer? _____

Spørsmål om stammingens symptomer

7. Beskriv stammingen. En eller flere elementer kan være relevant for ditt barn:

Snakkingen (for eksempel, repetisjoner, forlengelser, blokkeringer)

Kroppsbevegelser (for eksempel, tramping, grimaser, se bort)

Unngåelsesstrategier (for eksempel, bytte ord, unngå å delta i spesielle situasjoner, late som han/hun ikke vet noe, spør om andre kan snakke for han/henne)

Følelsesmessige eller andre reaksjoner til stammingen

8. I hvilken grad er barnet bevisst stammingen?

9. Bruker barnet ditt noen strategier for å kontrollere stammingen?

10. Er det spesielle emosjonelle tilstander barnet stammer mer? *Vennligst oppgi alt som gjelder.*

☐ Spent/oppstemt

☐ Lei seg

☐ Glad

☐ Trøtt

☐ Rolig

☐ Vet ikke/husker ikke

☐ Andre: _____

11. Er det spesielle emosjonelle tilstander barnet stammer mindre? *Vennligst oppgi alt som gjelder.*

☐ Spent/oppstemt

☐ Lei seg

☐ Glad

☐ Trøtt

☐ Rolig

☐ Vet ikke/husker ikke

☐ Andre: _____

12. Er det spesielle situasjoner der barnet stammer mer? Hvis ja, vennligst beskriv.

13. Er det spesielle situasjoner der barnet stammer mindre? Hvis ja, vennligst beskriv.

Spørsmål om tidligere behandling

14. Har barnet ditt mottatt behandling for stamming?

☐ Ja

☐ Nei

☐ Vet ikke/husker ikke

Hvis ja, hvor gammel var barnet da han/hun mottok behandling for stamming?

Hvem utførte behandlingen?

☐ Logoped

☐ Annen: _____

Beskriv behandlingen så godt du kan.

Hvor ofte mottok barnet behandling?

☐ 1-9 ganger

☐ 10-19 ganger

☐ Mer enn 20 ganger

☐ Over flere år

☐ Vet ikke/husker ikke

Generelle spørsmål

15. Er det andre familiemedlemmer som stammer eller har stammet? Inkluder alle slektninger som har stammet, selv bare for en kort periode i barndommen.

☐ Ja

☐ Nei

☐ Vet ikke

Hvis ja, hvilke slektninger?

Beskriv stammingen til slektningen(e) (for eksempel, stoppet stammingen under barndommen eller vedvarte den til voksen alder, var/er stammingen mild eller alvorlig?).

16. Er det andre familiemedlemmer som har eller har hatt vansker med tale, språk, skriving, eller ADHD?

☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Hvis ja, vennligst gi detaljer.

17. Ble barnet ditt født ved fullgått svangerskap (forventet dato +/- to uker)?

☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Hvis ikke, ved hvilken svangerskapsuke ble barnet født? _____

18. Var det noen komplikasjoner under svangerskapet eller fødselen?

☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Hvis ja, vennligst beskriv.

19. Fødselsvekt _____

20. Har barnet ditt noen medisinske diagnoser/sykdommer?

☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

Hvis ja, vennligst beskriv.

21. Har barnet søsken? ☐ Ja ☐ Nei

Hvis ja, vennligst oppgi informasjon om kjønn og fødselsdato.

22. Er barnet ditt tospråklig? ☐Ja ☐Nei

Hvis ja, med hvem snakker barnet ditt hvilket språk?

Hjemme _____

I barnehage/på skole _____

I andre situasjoner _____

Hvilket er ditt barns sterkeste språk?

Varierer stammingen gjennom de ulike språkene?

23. Hvordan vurderer du ditt barns snakking og språklige evner?

☐Tidlig/avansert ☐Normalt, likt som jevnaldrende ☐Forsinket ☐Vet ikke

Kommentarer

24. Hvis barnet ditt har startet på skolen, hvilket klassetrinn er han/hun på?

25. Har barnet ditt noen spesielle utfordringer på skolen, for eksempel:

Utfordringer med lesing ☐Ja ☐Nei ☐Vet ikke

Utfordringer med skriving ☐Ja ☐Nei ☐Vet ikke

Utfordringer med matte ☐Ja ☐Nei ☐Vet ikke

Annet _____

Hvis ja, hvilken type assistanse eller støtte mottar barnet ditt?

26. Har barnet ditt opplevd noen psykiske eller atferdsmessige utfordringer?

☐Ja ☐Nei ☐Vet ikke

Hvis ja, vennligst beskriv

25. Andre kommentarer om barnet ditt.
