



Neuropædiatrisk undersøgelse

CPR-nr _____

Navn _____

Dato for vurdering _____

Vurdering udført af _____

Opfylder barnet kriterierne for cerebral parese?*

*Resten af protokollen udfyldes kun hvis der svares ja

Ja Nej

Årsager til, at cerebral parese ikke kunne bekræftes i 4 års alderen

Motoriske vanskeligheder forsvandt

Progredierende sygdom

Andet: _____

Postneonatalt erhvervet cerebral parese*

*Tiden mellem 28. levedøgn og to årsdagen

Ja Nej

Dato for skaden _____ og/eller barnets alder ved skaden _____ år

Skade
(ICD 10 kode eller tekst) _____

CP klassifikation efter SCPE

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Spastisk | Unilateral | <input type="checkbox"/> Højresidig hemiplegi (G80.2) |
| | | <input type="checkbox"/> Venstresidig hemiplegi (G 80.2) |
| | Bilateral | <input type="checkbox"/> Diplegi (G 80.1) |
| | | <input type="checkbox"/> Tetraplegi (G 80.8) |
| <input type="checkbox"/> Dyskinetisk | Choreoatetose | <input type="checkbox"/> Højresidig (G 80.3) |
| | | <input type="checkbox"/> Venstresidig (G 80.3) |
| | | <input type="checkbox"/> Bilateral (G 80.3) |
| | Dystoni/Vekslede tonus | <input type="checkbox"/> Højresidig (G 80.3) |
| | | <input type="checkbox"/> Venstresidig (G 80.3) |
| | | <input type="checkbox"/> Bilateral (G 80.3) |
| <input type="checkbox"/> Ataktisk | | <input type="checkbox"/> G 80.4 |
| <input type="checkbox"/> Ikke klassificerbar eller blandingsform | | <input type="checkbox"/> G 80.9 |
| | Årsag til, at CP ikke kan klassificeres | |
| | <input type="checkbox"/> Barnets alder | |
| | <input type="checkbox"/> For lidt information om barnet | |
| | <input type="checkbox"/> Kriterierne for subgrupperingerne passer ikke på barnets symptomer | |

Billeddiagnostik (UL, CT og MR af cerebrum)

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| Ultralydsundersøgelse | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ukendt |
| | Sygehus _____ | | Dato for seneste UL _____ |
| CT-Scanning | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ukendt |
| | Sygehus _____ | | Dato for seneste CT _____ |
| MR-Scanning | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ukendt |
| | Sygehus _____ | | Dato for seneste MR _____ |
-

Neonatal billeddiagnostik (indenfor de første 28 levedøgn)

Der må kun sættes ét kryds i skemaet, enten på bogstavniveau eller på et mere detaljeret niveau. Hvis flere undersøgelser eller fund, vælges det dominerende fund; det med den største kliniske betydning for CP diagnosen

A. Misdannelse

- A.1 Forstyrrelser i proliferation og/eller migration og/eller organisation
- A.2 Andre hjernemisdannelser

B. Dominerende skade i hvid substans

- B.1 Unormal ekkogenicitet ved UL eller abnorm MR signal intensitet
 - B.1.1 UL: Ikke-cystisk PVL (MR: periventrikulær WM skade, abnorm hyperintensitet T1w)
 - B.1.2 Cystisk PVL (udbredte cyster og/eller vævstab periventrikulært)
- B.2 Periventrikulær infarkt med blødning (PVHI, tidligere IVH grad IV)
- B.3 Posthæmoragisk dilatation af ventrikel (PHVD)

C. Dominerende skade i grå substans

- C.1 Basal kerner/thalamus
 - C.1.1 Kun basal kerner/thalamus
 - C.1.2 Med skader i kortikal grå substans og/eller hippocampus
- C.2 Watershed læsioner (parasagitale læsioner i forsyningsområdets udkant)
- C.3 Infarkt i a. cerebri media forsyningsområde
- C.4 Blødning
 - C.4.1 Kortikal/subkortikal
 - C.4.2 I basal kerner/thalamus

D. Andet (cerebellum læsion, blødninger andre steder end B2/B3/B4/C4, sinus trombose, forkalkninger m.m.)

E. Normale fund

Skadens/skadernes lokalisation

Bilaterale skader Ja Nej

Hvis ja:

- Skaden i højre side = skaden i venstre side (ens skader)
- Skaden er beliggende i højre side, eller størst i højre side
- Skaden er beliggende i venstre side, eller størst i venstre side

Yderligere iagttagelser fra neonatal billeddiagnostik (sæt gerne flere krydser)

Cerebellum	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Patologisk
Corpus callosum	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Patologisk
Tegn på infektion (kalkaflejringer ca ⁺⁺)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

MR scanning (efter 28 døgn)

Der må kun sættes ét kryds i skemaet, enten på bogstavniveau eller på et mere detaljeret niveau. Hvis flere undersøgelser eller fund, vælges det dominerende fund; det med den største kliniske betydning for CP diagnosen

A. Misdannelse

- A.1 Forstyrrelser i proliferation og/eller migration og/eller organisation
 - A.1.1 Proliferations defekt
 - A.1.2 Migrations defekt
 - A.1.3 Organisations defekt
- A.2 Andre hjernemisdannelser

B. Dominerende skade i hvid substans

- B.1 Periventrikulær Leukomalaci (PVL)
 - B.1.1 Mild periventrikulær skade, abnorm hyperintensitet på T1w
 - B.1.2 Svær cystisk PVL (udbredte cyster og/eller vævstab periventrikulært)
- B.2 Følger efter en intraventrikulær blødning (IVH) eller periventrikulær infarkt
- B.3 Kombination af følger efter PVL og IVH

C. Dominerende skade i grå substans

- C.1 Basal kerner/thalamus
 - C.1.1 Mild, kun basal kerner/thalamus
 - C.1.2a Moderat, med skader i kortikal grå substans
 - C.1.2b Svær, med skader i kortikal grå substans og i hippocampus
- C.2 Watershed læsioner (parasagitale læsioner i forsyningsområdets udkant)
- C.3 Infarkt i a. cerebri media forsyningsområde
- C.4 Blødning
 - C.4.1 Kortikal/subkortikal
 - C.4.2 I basal kerner/thalamus

D. Andet (cerebellum læsion, blødninger andre steder end B2/B3/B4/C4, sinus trombose, forkalkninger m.m.)

E. Normale fund

Skadens/skadernes lokalisation

Bilaterale skader Ja Nej

Hvis ja: Skaden i højre side = skaden i venstre side (ens skader)
 Skaden er beliggende i højre side, eller størst i højre side
 Skaden er beliggende i venstre side, eller størst i venstre side

Yderligere iagttagelser fra MR scanning efter 28 døgn (sæt gerne flere krydser)

Cerebellum Normal Patologisk
Corpus callosum Normal Patologisk
Tegn på infektion (kalkaflejringer Ca^{++}) Ja Nej

Kognitiv funktion

Testet af IQ (WPPSI III) Ja, dato _____ Nej Ukendt
IQ værdi
Total _____ Verbal _____ Handle: _____

Vurderet klinisk: Ja, dato _____ Nej
Vurderet af: Børnelæge Psykolog
Skønnet IQ værdi
 Svær udviklingshæmning sv.t. IQ < 50
 Let udviklingshæmning sv.t. IQ 50-69
 Normal begavet sv.t. IQ \geq 70

Syn

Seneste synsundersøgelse, dato _____ Alder _____ år

Svagsynet eller blind* Ja Nej Ukendt

* Synsskarpheden på bedste øje, med bedste korrektion < 0,3 eller ikke brugbart syn

Hørelse

Seneste høretest, dato _____ Alder _____ år

Svært hørehæmmet* Ja Nej Ukendt

* Hørelsen målt på bedste øre er <70dB med hjælpemidler

Tale efter Viking Speech Scale ©, 2010

- I Talen er ikke påvirket af motorisk funktionsnedsættelse
 - II Talen er upræcis, men som regel forståelig for modtagere, der ikke kender barnet
 - III Talen er uklar og er ofte ikke forståelig for modtagere, der hverken kender barnet eller konteksten
 - IV Ingen forståelig tale
-

Åndedrætsfunktion

Ingen eller mild funktionsnedsættelse Svær funktionsnedsættelse Ukendt

BMI

Normal eller mildt påvirket

Svært påvirket*

Ukendt

*BMI under -2SD ELLER over +2SD for alderen

Hydrocephalus - Neurokirurgisk behandlet (stomiopereret, shuntbehandlet)

Ja

Nej

Ukendt

Epilepsi

Har barnet haft mindst to uprovokerede anfald?

Ja, har eller har haft anfald

Aldrig

Ukendt

Hvis ja,

Er i aktuel antiepileptisk mediciner

Er aktuelt ikke i antiepileptisk mediciner

Ukendt om aktuelt i mediciner eller ikke

Spasticitet / dyskinesi

Peroral mediciner

Ja, nu

Ja, men kun tidligere

Nej, aldrig

Ukendt

Botulinumtoxin indsprøjtninger*

Ja, mindst en gang

Nej, aldrig

Ukendt

*Behandling af spytkirtler noteres ikke

Operationer (Kun udført før udfyldelse af neuropædiatrisk protokol)

Operationer	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Hvis ja, udfyldes nedenstående	
Gastrostomi	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Fjernelse af gastrostomi	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
GER-OP (funduplicatio)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
SDR, Selektiv dorsal rhizotomi	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
ITB, Intactectal baklofenbehandling	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
ITB, revisioner, udskiftning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Shuntstop + revisioner	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Fødselsland

Danmark

Sverige

Norge

Andet: _____

Graviditet, fødsel og neonatalperiode - Udfyldes kun hvis barnet er født i udlandet

Flerfødsel Ja Nej Ukendt

Gestationslængde ved fødslen _____ Uge + _____ dage

Ukendt, til beregnet tid eller senere

Ukendt, for tidligt

Helt ukendt

Fødselsvægt _____ gram

Ukendt, normal

Ukendt, for lille

Helt ukendt

Fødselslængde _____ cm Ukendt

Hovedomfang ved fødslen _____ cm Ukendt

Apgar _____ (1 min.) - _____ (5 min.) - _____ (10 min.)

Ukendt, velbefindende

Ukendt

Er barnets CP en del af syndrom / genetisk fejl?

Ja Nej Ukendt

Hvis ja, hvilke:

Andre diagnoser

Øvrige kommentarer
