Lapsesi on tulossa Oulun yliopistolliseen sairaalaan foniatrisen yksikön oraalimotorisen työryhmän tutkimuksiin. Haluamme palvella sinua ja perhettäsi mahdollisimman hyvin. Siksi pyydämme ystävällisesti, että täytät tämän kyselyn ja tuot sen mukanasi tutkimuksiin.

Lomakkeen voi täyttää jompikumpi vanhemmista tai molemmat yhdessä.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lapsen nimi ja syntymäaika: | | Kotikieli/-kielet: |
| Äidin nimi, ammatti | Isän nimi, ammatti | |
| Sisarusten nimet, ja syntymävuodet: | | |
| Kenen kanssa lapsi asuu?  Molempien vanhempien □ äidin □ isän □ vuorotellen molempien □  muun henkilön □ / kenen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Lapsen hoitopaikka/koulu: | | |
| Onko lapsellasi perussairauksia, lääkityksiä tai allergioita? | | |

Saako lapsesi puheterapiaa? Mistä lähtien? Minkä verran? Kuka on terapeutti?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Saako lapsesi muita terapioita (esim. toiminta- tai fysioterapia)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puheen tuotto

ei lainkaan jonkin verran paljon

Ymmärrätkö lapsesi puhetta? □ □ □

Ymmärtävätkö vieraat lapsesi puhetta? □ □ □

Turhautuuko lapsesi, jos hän

ei tule ymmärretyksi? □ □ □

Puuttuuko lapsesi puheesta äänteitä? □ □ □

Mitä äänteitä puuttuu?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Onko lapsellasi vaikeuksia seuraavissa toiminnoissa?

ei lainkaan jonkin verran paljon

Ohjeiden ymmärtäminen □ □ □

Liikkuminen / liikkumisen taidot □ □ □

Käsien käyttö / hienomotoriikka

(piirtäminen, ruokailuvälineiden käyttö) □ □ □

Ruokaileminen □ □ □

Jos ongelmia, kuvaile tarkemmin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kuolaus □ □ □

Keskittyminen □ □ □

Suhtautuminen uusiin asioihin □ □ □

Suun alueen toiminta (esim. imeekö pillillä, yökkäileekö herkästi, onnistuuko hampaiden pesu)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Millaisia toiveita vanhemmilla on?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Onko perheesi tilanteessa asioita, jotka vaikuttavat omaasi / jonkun muun perheenjäsenesi jaksamiseen ja hyvinvointiin? ei □ kyllä □

Onko perheenne saanut tukipalveluita kotipaikkakunnalla? (esim. perheneuvola, perhetyö tmv.)

ei □ kyllä □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

KIITOS YHTEISTYÖSTÄ!