**Indstillingsskema til Oralmotorisk Team ved formodet Verbal Dyspraksi**

**Udfyldelse af skema**

* Sæt X i de felter, som angiver, hvilke undersøgelser der er lavet, og hvilke beskrivelser, der følger med indstillingen.
* Medsend bilag med tydelig angivelse af tidspunkt for undersøgelse og udfører.
* Indstillingen, bilag og video sendes særskilt til mona.andersen@rsyd.dk
* Sendes videoen pr. post, sendes den på USB til iPad og/eller PC anbefalet til Sygehus Sønderjylland, Kresten Philipsens Vej 15, 6200 Aabenraa att. Mona Andersen

|  |
| --- |
| **Indstilling til Oralmotorisk Team ved formodet Verbal Dyspraksi** |
| **Henvisende instans (navn, e-mail, tlf.):**  |
| **Kontaktinformationer:** |
| **Barnets/personens navn og CPR-nr.:**  |
| **Evt. diagnose:** |
| **Adresse:** |
| **Forældre:**  | **Tlf:** |
| **Forældre:**  | **Tlf:** |
| **Samtykke er indhentet:**  |
| **Årsag til henvisningen:**  |
| **Anamnese** |
| Skema udfyldt af forældre (medsendes som bilag) |  |
| **Logopædisk udredning** |
| Beskrivelse af vanskeligheder |  |
| Beskrivelse af den intervention, der er lavet |  |
| Beskrivelse af undersøgelse med LOGOFOVA |  |
| Oral screening – se bilag – video optages |  |
| **Sansemotorisk udredning**  |
| Rapport fra ergoterapeut  |  |
| Rapport fra fysioterapeut |  |
| Eventuel undersøgelse af kæbestabilitet medsendes |  |
| **Øre-næse-hals udredning**  |
| Hørelse  |  |
| Svælg, gane og kranienerver |  |
| **Pædiatrisk udredning** |
| Eventuel pædiatrisk udredning medsendes |  |
| **Psykologisk/psykiatrisk udredning** |
| Eventuel psykologisk/psykiatrisk udredning medsendes |  |
| **Video** |
| Video af barnet (se videomanualen). |  |