

# Arbetsformulär språkscreening 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"/>
FÖRSTÅELSE	5. Förstår barnet prepositionerna <b>i</b> eller <b>på</b> , t ex "Lägg skeden i väskan"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Kan barnet peka ut den <b>lilla</b> respektive <b>stora</b> 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"/>
	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"/>