



Lasten kuntoutuspalvelut

# KYSELYLOMAKE VANHEMMILLE

---

Tämä kyselylomake on Lasten kuntoutuspalveluiden puhe- ja toimintaterapeuttien sekä lasten psykologien yhteinen esitietokaavake, joka pyydetään kaikilta palveluumme tulevilta perheiltä. Sen tarkoituksena on saada tietoa lapsen kehityshistoriasta ja arjen sujumisesta sekä perheen tilanteesta. Vanhempien näkemys lapsestaan ja hänen toiminnastaan on tärkeä osa arviointia. Antamianne tietoja käsittelevät vain terveydenhuollon ammattihenkilöt, joilla on vaitiolovelvollisuus.

Lapsen nimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_

## Perustiedot

Lähiosoite \_\_\_\_\_

Äidin nimi \_\_\_\_\_

Ammatti \_\_\_\_\_

puhelinnumero, josta tavoittaa päivisin \_\_\_\_\_

isän nimi \_\_\_\_\_

Ammatti \_\_\_\_\_

puhelinnumero, josta tavoittaa päivisin \_\_\_\_\_

Huoltajuus:  yhteishuoltajuus  yksinhuoltajuus kuka ?  äiti  isä

muu (nimi ja puh) \_\_\_\_\_

Sisarusten nimet ja syntymävuodet \_\_\_\_\_

Keitä kuuluu lapsen perheeseen? \_\_\_\_\_

Kotikieli / kielet:  suomi  ruotsi  muu tai useita (mitä) \_\_\_\_\_

Neuvola ja terveydenhoitajan nimi \_\_\_\_\_

Päivähoitopaikat ja aloittamisajat tai koulu \_\_\_\_\_

Lastentarhanopettajan, omahoitajan tai opettajan nimi \_\_\_\_\_

Onko erityislastentarhanopettaja / erityisopettaja mukana lapsenne asioissa?  ei  kyllä

Nimi \_\_\_\_\_

Päivähoidon /koulun tukitoimet \_\_\_\_\_

## Varhaisvaiheet

Liittyikö raskauteen ja synnytykseen jotain poikkeavaa, mitä? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lapsen vointi syntymän jälkeen: \_\_\_\_\_

Syntymäpaino ja -pituus: \_\_\_\_\_ Apgar-pisteet: \_\_\_\_\_

Missä iässä lapsi konttasi? \_\_\_\_\_  ei kontannut

Lapsi käveli ilman tukea:

alle 1 vuoden iässä  1-vuotiaana  1,5 -vuotiaana  myöhemmin milloin? \_\_\_\_\_

Imeminen, nieleminen ja karkeaan ruokaan siirtyminen:  ei vaikeuksia  vaikeuksia

Jos vaikeuksia, millaisia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lapsi jokelteli:  paljon  vähän  ei lainkaan

Sanoi ensisanat:

alle 1 vuoden iässä  1-vuotiaana  1,5–vuotiaana  2-vuotiaana  myöhemmin milloin? \_\_\_\_

Puhui lausein:

1,5 -vuotiaana  2-vuotiaana  2,5 -vuotiaana  myöhemmin milloin? \_\_\_\_\_

Kätisyys:  oikeakätinen  vasenkätinen  käyttää molempia käsiä

Minkälainen lapsi oli vauvana (esim. helppohoitoinen, vaikeasti rauhoitettava)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Onko perheessä tai lähisuvussa ollut kehityksen tai vuorovaikutuksen pulmia

(esim. viivästynyt puheen kehitys, änkytys, oppimisen, hahmottamisen tai tarkkaavuuden vaikeus)

ei  kyllä millaista pulmaa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Onko perheessä tai lähisuvussa ollut lapsen elämään vaikuttavia muutoksia tai kriisejä

ei  kyllä mitä? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Aiemmat tutkimukset

Kuulotutkimus  ei  kyllä (missä, milloin) \_\_\_\_\_

jos poikkeavaa, mitä? \_\_\_\_\_

Onko lapsella ollut erityisen paljon korvatulehduksia  ei  kyllä

jos kyllä, missä iässä ja kuinka tiheästi? \_\_\_\_\_

Näkötutkimus  ei  kyllä (missä, milloin) \_\_\_\_\_ jos poikkeavaa, mitä?

\_\_\_\_\_

Fysioterapeutti  ei  kyllä (missä milloin) \_\_\_\_\_

Puheterapeutti  ei  kyllä (missä milloin) \_\_\_\_\_

Toimintaterapeutti  ei  kyllä (missä milloin) \_\_\_\_\_

Psykologi  ei  kyllä (missä milloin) \_\_\_\_\_

Perheneuvola  ei  kyllä (missä milloin) \_\_\_\_\_

Erikoissairaanhoido  ei  kyllä (missä milloin) \_\_\_\_\_

## Nykytilanne

Syyt, joiden vuoksi ohjaututte palveluihimme:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Miettiessänne syitä, joiden vuoksi ohjaututte palveluihimme, kuinka vakavaksi arvioitte lapsenne tilanteen?

Tilanne ei ole vakava 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Todella vakava tilanne, emme selviä

Kuvaillkaa lastanne, mitkä ovat hänen vahvuuksiaan, mistä hän on kiinnostunut (esim. lempileikit)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Onko teillä huolta lapsenne:

Arkitoimista (pukeminen, aamu- ja iltatoimet, ruokailu, nukkuminen)  ei  kyllä

(minkälaisista huolta) \_\_\_\_\_

Oppimisen valmiuksista tai oppimisesta  ei  kyllä (minkälaisista huolta)

\_\_\_\_\_

Liikunnallisesta kehityksestä  ei  kyllä

(minkälaisista huolta) \_\_\_\_\_

Kädentaidoista  ei  kyllä

(minkälaisista huolta) \_\_\_\_\_

Keskittymiskyvystä  ei  kyllä

(minkälaisista huolta) \_\_\_\_\_

Puheen kehityksestä  ei  kyllä

(minkälaisista huolta) \_\_\_\_\_

Kaverisuhteista  ei  kyllä

(minkälaisista huolta) \_\_\_\_\_

Kyvystä ilmaista myönteisiä ja kielteisiä tunteitaan (esim. kiukku, pettymysten sieto, kodin sääntöjen hyväksyminen, innostuneisuus)  ei  kyllä

(minkälaisista huolta) \_\_\_\_\_

## Haastavat tilanteet lapsen kanssa

Kuinka usein teillä esiintyy haastavia tilanteita lapsen kanssa (esim. kiukkukohtauksia, rajojen uhmaamista)?

Ei koskaan  silloin tällöin  viikoittain  päivittäin  useita kertoja päivässä

Miten toimitte haastavissa tilanteissa? (esim. puhun rauhallisesti, korotan ääntäni, laitan lapsen jäähylle)

\_\_\_\_\_

Miten toivoisitte voivanne muuttaa omaa toimintaanne lapsenne käyttäytyessä haastavasti (esim. En huutaisi, en tukistaisi, en uhkailisi)

\_\_\_\_\_

Onko teillä huolta muusta lasta koskevasta asiasta  ei  kyllä

(minkälaisista huolta) \_\_\_\_\_

## Perheen voimavarat

Seuraavilla kysymyksillä kartoitetaan koko perheen voimavaroja ja mahdollista tuen tarvetta, jotta perhe saisi myös muita tarvitsemiaan palveluita mahdollisimman varhain.

Miten perheenne viettää vapaa-aikaa (esim. harrastukset, yhteinen tekeminen)?

---



---

Millaisiksi koette perheenne voimavarat tällä hetkellä asteikolla 0-5?

riittämättömät 0 1 2 3 4 5 riittävät

Onko perheellänne tarpeeksi tukiverkosta arjen avuksi?  kyllä  ei

Onko jonkun / joidenkin perheenjäsenen tai lähisukulaisen osalta erityistä huolta

jaksamisesta tai mielenterveyden pulmista  ei  kyllä

päihteiden käytöstä  ei  kyllä

henkisen tai fyysisen väkivallan käytöstä  ei  kyllä

Millaista tukea ja apua toivotte palveluistamme?

---



---

Muuta lisättävää?

---



---

Antamanne tiedot tallennetaan Espoon kaupungin potilastietojärjestelmään. Tiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä luovutetaan vain lakiin perustuen tai luvallanne. Neuvolalla, terveysasemilla sekä lasten terapiapalveluissa on käytössään yhteinen tietojärjestelmä ja lapsen tiedot ovat näiden tahojen luettavissa. Lasten terapiapalveluissa on nähtävillä rekisteriseloste sekä tiedot tarkastus- ja korjauspyyntöoikeudestanne liittyen lastanne koskeviin tietoihin.

---

pvm vanhempien/huoltajien allekirjoitukset

KIITOS VASTAUKSISTANNE!