

Kolpeneen tuki- ja osaamiskeskus

Lapsen esitietolomake

Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (*)

1. Onko kyseessä? *

- Kuntoutuspoliklinikka
 Säteen jakso
 Aavan jakso

2. Asiakkaan tiedot

Nimi *

Syntymäaika *

Osoite *

Postinumero *

Postitoimipaikka *

3. Huoltajan tiedot #1

Nimi *

Syntymäaika

Osoite

Postinumero

Postitoimipaikka

Puhelinnumero *

Sähköposti

4. Huoltajatiedot #2

Nimi	<input type="text"/>
Syntymäaika	<input type="text"/>
Osoite	<input type="text"/>
Postinumero	<input type="text"/>
Postitoimipaikka	<input type="text"/>
Puhelinnumero	<input type="text"/>
Sähköposti	<input type="text"/>

5. Sisarukset

Sisarusten ikä ja lukumäärä

6. Yöpyykö lapsi viikolla palvelukodilla?

- Kyllä
- Ei

7. Mikäli kyseessä on kahden viikon jakso, onko lapsi viikonloppuna palvelukodilla?

Jos lapsi on palvelukodilla koko viikonlopun valitse vaihtoehdot; päivällä & yöllä

- Päivisin
- Öisin
- Lapsi on kotona

8. Osallistuuko huoltajat jaksolle?

- Päivisin

Öisin

Ei osallistu

9. Mitä tavoitteita / odotuksia / avuntarpeita teillä on kuntoutusjaksolta tai kuntoutuspoliikklinikkakäynniltä?

Esimerkiksi; Terapiatarpeet, sosiaaliturva, lääkitys, tuen tarpeet.

10. Miten lapsi viettää vapaa-aikaansa? Onko harrastuksia tai mielipuuhiä? Kavereita tai ystäviä?

**12. Lapsen vuorovaikutus ja kommunikaatiotaidot. Miten lapsi ilmaisee itseään?
Kuinka hän ymmärtää puhetta?**

13. Onko käytössä kommunikaation apuvälineitä tai puhetta tukevia menetelmiä?

Kyllä

Ei

14. Liikkuminen

Millaista tukea lapsi tarvitsee liikkumiseen?

Tarvitseeko lapsi visuaalisia ohjeita kodin ulkopuolella liikkumiseen?

15. Onko käytössä apuvälineitä?

Kyllä

Ei

16. Ruokailu

Onko yli- tai aliherkkyksiä?

Onko ruokailussa haasteita?

17. Onko käytössä apuvälineitä?

Kyllä

Ei

18. Hygienia

19. Pukeutuminen

20. Wc-toiminnot

Onko lapsella tuen tarpeita wc- käynneillä?
Tunnistaako lapsi tarpeen mennä vessaan?

21. Nukkuminen / lepo

Onko lapsella vaikeuksia nukkumisen kanssa?
Onko käytössä apuvälineitä?
Kuinka paljon lapsi nukkuu keskimäärin yössä?

22. Lapsen diagnoosit

23. Säännöllinen lääkitys

Resepti mukaan!

24. Tarvittaessa lääkitys

Tarkka kuvaus oireista, jolloin lääkitystä tarvitaan

25. Terveyskeskus & lääkäri

26. Keskussairaalaseuranta, poliklinikka & lääkäri

27. Hammashoito

28. Kuulon & näön seuranta

29. Kuulon & näön apuvälineet

Kyllä

Ei

30. Allergiat

Ruoka-aine allergiat, lääkeaineallergiat jne

31. Lapsen päivähoitopaikka / koulu

Yhteyshenkilö ja puhelinnumero

32. Onko käytössä tulkkauspalveluita?

Tulkin nimi ja yhteystiedot

Puhevammaisten tulkkauspalvelu

Viittomankielen tulkkauspalvelu

Muu

33. Onko käytössä tulkkauspalveluita?

Puhevammaisten tulkkauspalvelu

Viittomakielen tulkkauspalvelu

Muu

34. Onko seuraavia palveluja käytössä?

Jos kyllä; Miltä taholta ja kenen antamana?

Kuntoutusohjaus tai neuropsykiatrisen valmennus

Kommunikaatio-ohjaus / viittomaopetus

Muu

35. Onko seuraavia palveluja käytössä?

Kuntoutusohjaus tai neuropsykiatrisen valmennus

Kommunikaatio-ohjaus / viittomaopetus

Muu

36. Terapiat

Maksaja, terapeutti, päätös, käyntitiheys.

esim: Kela, Timo Terapeutti, 31.12.2020, 2x / vk

Fysioterapia

Toimintaterapia

Musiikkiterapia

Muu

Puheterapia

37. Terapiat

Maksaja, terapeutti, päätös, käyntitiheys.

esim: Kela, Timo Terapeutti, 31.12.2020, 2x / vk

Fysioterapia

Toimintaterapia

Musiikkiterapia

Puheterapia

Muu

38. Henkilökohtainen avustaja / vapaa-ajan avustaja

Nimi ja palveluntuottaja, sekä kuinka usein

Kyllä

Ei

39. Tukihenkilö

Tukihenkilön nimi, sekä kuinka usein

Kyllä

Ei

40. Perhetyöntekijä

Kyllä

Ei

41. Kuljetus- / saattajapalvelu

Kyllä

Ei

42. Alle 16- vuotiaan vammaistuki

Merkitse voimassa asti päivämäärä

Perusvammaistuki

Korotettu vammaistuki

Ylin vammaistuki

43. Omaishoidontuki

Summa kuukaudessa

Voimassa asti

44. Käykö lapsi omaishoidon vapailla?

Jos kyllä, missä ja kuinka usein?

Kyllä

Ei

45. Vammaispalvelusuunnitelma tehty ja voimassaoloaika

Päiväys

Voimassa asti

46. Vammaispalveluiden työntekijä

Nimi ja yhteystiedot

47. Erityishuolto-ohjelma tehty ja voimassaoloaika

Päiväys

Voimassa asti

48. Onko lapsella EU:n vammaiskortti?

Kyllä

Ei

En tiedä mikä se on

49. Onko lapsella muita sosiaalihuollon / vammaispalvelun myöntämiä etuuksia?

Jos kyllä, kertoisitko mitä?

Kyllä

Ei

50. Lupa olla yhteydessä hoitaviin henkilöihin / terapeutteihin / kouluun / päiväkotiin

Kyllä

Ei

51. Palaveriin osallistujat ja heidän yhteystiedot

Sähköpostiosoitteet tarvitaan mahdollista etäyhteyttä varten
