



| Frågeformulär nr 4 | | |
|--|-------------------|-------|
| Utvärdering efter gluten och kaseinfri kost efter veckor/månader/år | | |
| Namn | Född (år mån dag) | Datum |
| Hur gick det att introducera den nya kosten? Abstinens? Andra problem? | | |
| Har du tips till andra föräldrar hur du gjorde, som kan underlätta för andra? Skriv gärna på baksidan. | | |
| Upplever du att barnet får i sig en fullvärdig kost med alla näringsämnen idag? | | |

| Kommunikation och förmåga att uttrycka sig | |
|--|--------------------------|
| Skala: 1=normalt i förhållande till ålder, 2=ofta, 3=ibland, 4=sällan, 5=aldrig. | |
| Antal ord | Ordförråd cirkaord |
| Använder 2-ordsmeningar | 0 1 2 3 4 5 |
| Använder 3-ordsmeningar | 0 1 2 3 4 5 |
| Använder 4-ordsmeningar | 0 1 2 3 4 5 |
| Kan kommunicera med olika meningar | 0 1 2 3 4 5 |
| Ställer frågor | 0 1 2 3 4 5 |
| Använder pronomen på rätt sätt (jag, mig, du, dig etc.) | 0 1 2 3 4 5 |
| Uttrycker behov och önskningar | 0 1 2 3 4 5 |
| Deltar adekvat i ett enkelt samtal | 0 1 2 3 4 5 |

| Receptiv språkförmåga och språkförståelse | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| Skala: 1=normalt i förhållande till ålder, 2=ofta, 3=ibland, 4=sällan, 5=aldrig. | | | | | | |
| Lystrar till sitt namn | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kan följa enkla instruktioner eller tillsägelser | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kan svara på enkla frågor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Förstår svar på frågor och förklaringar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Social interaktion | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| Skala: 1=normalt i förhållande till ålder, 2=ofta, 3=ibland, 4=sällan, 5=aldrig. | | | | | | |
| Förmåga till adekvat ögonkontakt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Visar tillgivenhet mot andra | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tar kontakt med andra | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tycker om fysisk kontakt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kan samarbeta med andra | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Imiterar andra | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hälsar på andra: hej, vinkar, tar i hand etc. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Beteenden och symtom | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| Obs! Ny skala!! | | | | | | |
| Skala: 1=inte alls, 2=sällan, 3=ibland, 4=ofta, 5=alltid, regelbundet. | | | | | | |
| Självskadande beteende | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Huvuddunkning | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Raseriutbrott | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ritualer, handviftningar och liknande | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Går på tå | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kissar eller bajsar på sig på dagarna | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sängvätning (torr på dagen) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Lös avföring, diarré | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hård avföring, förstoppning | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hoppar över avföring en dag eller två | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hoppar över avföring tre dar eller mer | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ont i magen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Stora pupiller | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Äter bara viss mat | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Överaktiv | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Stillsam, apatisk | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Låg muskeltonus | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Rädd och ängslig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tvångsmässiga fixeringar vid saker eller ämnen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| Protesterar (oppositionellt beteende) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ljuskänslig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ljudkänslig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Okänslig för smärta | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Känslig för beröring (även tyger mm.) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ogillar förändringar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Dålig koordination och grovmotorik | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Dålig finmotorik | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sömnstörning (svårt att somna, vaknar) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nattskräck | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |