******
Beste ouder(s),

U ontvangt deze informatie omdat uw kind binnenkort een afspraak heeft bij de revalidatiearts.

**Een zorgpad voor kinderen met Cerebrale Parese (CP)**
In de Hoogstraat Revalidatie zijn we een zorgpad gestart, waarin we de zorg voor kinderen met CP op het gebied van slaap, fysieke activiteit en voeding willen gaan verbeteren. Daarvoor hebben wij een aantal vragenlijsten opgesteld, om in kaart te brengen hoe uw kind slaapt, beweegt en eet. Wellicht heeft u deze vragenlijsten al eerder voorbij zien komen. Juist omdat we het verloop van het slaap-, eet- en beweeggedrag van uw kind willen bijhouden gedurende zijn/haar ontwikkeling, is het van belang dat de vragenlijsten regelmatig moeten worden ingevuld.

**Vragenlijsten**Het invullen van de vragenlijsten duurt ongeveer 10 minuten. De vragenlijsten zijn opgesplitst per thema (slaap, fysieke activiteit en voeding). De meeste vragen gaan over het slapen, bewegen en eten van uw kind, maar voor de slaap-vragenlijst willen wij ook graag informatie over hoe u zelf slaapt.
Op de laatste bladzijde vindt u tevens een vragenlijst met daarin 4 vragen die u aan uw kind kunt stellen. Indien hij/zij oud genoeg is om de vragen te begrijpen en beantwoorden, kunt u deze samen met hem/haar invullen. Mocht dat niet zo zijn, kunt u deze vragenlijst uiteraard overslaan.

**Wat doe ik met de ingevulde vragenlijsten?**Als u de vragenlijsten heeft ingevuld, vragen wij u deze mee te nemen naar de eerstvolgende afspraak met de revalidatiearts van uw kind. Mocht er uit één van de vragenlijsten iets naar voren komen wat verdere actie vraagt, dan zal de dokter dat met u bespreken.

**Wegen & meten**Naast vragenlijsten over slaap, fysieke activiteit en voeding zal uw kind regelmatig worden gewogen en gemeten. Dit is van belang om de groei en lichaamssamenstelling van uw kind bij te kunnen houden tijdens de ontwikkeling. Het weeg & meet moment zal plaatsvinden voordat uw kind wordt gezien door de dokter.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.
De Hoogstraat Revalidatie
 *Ik realiseer me dat de gegevens uit de vragenlijsten óók zullen worden gebruikt voor onderzoeks-doeleinden. Aanvullende relevante gegevens betreffende de diagnose van mijn kind mogen uit het medisch dossier gehaald worden*. *De gegevens van mij/mijn kind zullen vertrouwelijk en op anonieme wijze worden verwerkt.*

Ja, ik ga akkoord  *(aanvinken)* Naam ouder: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ Handtekening ouder: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Vul aub onderstaande gegevens in over uw kind:** Datum: \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_

Voornaam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Achternaam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geslacht: jongen / meisje

GMFCS niveau: I / II / III / IV / V / onbekend (*omcirkelen wat van toepassing is*)

***De 24-uurs activiteiten checklijst***

nooit=komt nooit voor; zelden=vrijwel nooit, heel af en toe; soms=minder dan de helft van de week; vaak=meer dan de helft van de week; altijd=vrijwel elke dag of nacht

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **In slaap vallen en blijven slapen** | **nooit** | **zelden** | **soms** | **vaak** | **altijd** | **weet ik niet** |
| **1. Bent u tevreden over de slaap van uw kind?** |  |  |  |  |  |  |
| **2. Duurt het langer dan 30 minuten voordat uw kind in slaap valt?** |  |  |  |  |  |  |
| **3. Wordt uw kind meer dan 3x per nacht wakker,** **óf ligt uw kind meer dan 20 minuten per nacht wakker?** |  |  |  |  |  |  |
| **4. Vindt u dat uw kind te vroeg wakker wordt?** |  |  |  |  |  |  |
| **Snurken en pijn/ongemak in bed** | **nooit** | **zelden** | **soms** | **vaak** | **altijd** | **weet ik niet** |
| **5. Hoe vaak snurkt uw kind?**  |  |  |  |  |  |  |
| **6. Heeft u het idee dat uw kind pijn/ongemak ervaart in bed?** |  |  |  |  |  |  |
| **Nachtmerries** | **nooit** | **zelden** | **soms** | **vaak** | **altijd** | **weet ik niet** |
| **7. Hoe vaak heeft uw kind last van heftige nachtmerries?** |  |  |  |  |  |  |
| **Vermoeidheid** | **nooit** | **zelden** | **soms** | **vaak** | **altijd** | **weet ik niet** |
| **8. Heeft uw kind last van vermoeidheid overdag?** |  |  |  |  |  |  |
| **Medicatie** | **nee** | **ja** |
| **9. Gebruikt uw kind slaap medicatie / tabletten (bijv. melatonine)?** |  |  . Mijn kind gebruikt: ………………………………………………………………… (*naam medicijn*)(*dosering*) ………………… mg (*aantal*) ………… keer per week |
| **Open vraag over slaap van uw kind** |  |
| **10. Heeft u vragen, opmerkingen of punten waar u zich zorgen over maakt** **over de slaap van uw kind?** |  |
| **Vragen over uw eigen slaap** | **nooit** | **zelden** | **soms** | **vaak** | **altijd** | **weet ik niet** |
| **1. Bent u tevreden over uw eigen slaap?** |  |  |  |  |  |  |
| **2. Heeft u het idee dat u slaap tekort komt?** |  |  |  |  |  |  |
| **3. Heeft u vragen, opmerkingen of punten waar u zich zorgen over maakt** **over uw eigen slaap?** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fysieke activiteit: lopen** | **ja** | **nee** |
| **1. Loopt uw kind op dit moment (eventueel met hulpmiddel)?** |  |  |
| **Fysieke activiteit: bewegen** | **< 30 minuten** **per dag** | **30-60 minuten per dag** | **> 60 minuten** **per dag** |
| **2. Hoeveel minuten per dag doet uw kind, buitenom therapie/schooltijd,** **bijvoorbeeld één van de volgende activiteiten?***Voorbeelden van activiteiten: actief spel, lopen, buiten spelen, rennen, fietsen, zwemmen,* *dansen, sporten, paardrijden, (peuter)gym, spelen op de grond,* *kruipen/tijgeren/billenschuiven, rolstoel rijden* |  |  |  |
| **Plezier in bewegen** | **ja** | **nee** | **weet ik niet** |
| **3. Vindt uw kind bewegen leuk? Beleeft uw kind plezier aan bewegen?** |  |  |  |
| **Stimuleren van bewegen** | **ja** | **soms, maar niet altijd** | **nee** |
| **4. Weet u hoe u uw kind kunt laten bewegen?***Denk hierbij aan het stimuleren van uw kind om bijvoorbeeld:**- samen te spelen; denk hierbij aan samen stoeien, samen**spelen op de grond, samen spelen in de speeltuin, samen* *sporten, de hond uitlaten, samen boodschappen doen etc.**- zich zelfstandig te verplaatsen; denk hierbij aan kruipen/tijgeren/billenschuiven,* *lopen (met en zonder hulpmiddel), rolstoel rijden, fietsen/loopfietsje/handbiken, steppen etc.* *- fysiek uit te dagen; Voor de* ***lopende*** *kinderen kunt u denken aan zelfstandig traplopen,* *lopen van middellange afstanden, buiten spelen, deelnemen aan een sportclub etc. Voor de* ***kinderen die niet lopen*** *kunt u denken aan zelfstandig in en uit de rolstoel/bed komen, activiteiten buiten de rolstoel, zelfstandig zitten, spelen op de grond etc.* |  |  |  |
|  | Zou u hiermee geholpen willen worden ?  ja, graag nee, bedankt |
| **Zit gedrag** | **< 1 uur per dag** | **1-2 uur per dag** | **> 2 uur per dag** |
| **5. Hoeveel minuten per dag heeft uw kind thuis schermtijd (bijvoorbeeld televisie, tablet, gamen, etc.)?** |  |  |  |
| **Pijn/vermoeidheid** | **nooit** | **zelden** | **soms** | **vaak** | **altijd** | **weet ik niet** |
| **6. Geeft uw kind aan pijn en/of vermoeidheid te hebben bij bewegen?** |  |  |  |  |  |  |
| **Open vraag** |  |
| **7. Heeft u vragen, opmerkingen of punten waar u zich zorgen over maakt over het bewegen van uw kind?** |

***Voeding vragenlijst***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Overgewicht** | **ja** | **nee** | **twijfel** |
| **1. Denkt u dat uw kind overgewicht heeft?** |  |  |  |
| **2. Heeft uw kind moeite met afvallen?** |  |  |  |
| **Ondergewicht** | **ja** | **nee** | **twijfel** |
| **3. Denkt u dat uw kind ondergewicht heeft?** |  |  |  |
| **4. Heeft uw kind moeite met aankomen in gewicht?** |  |  |  |
| **Eten** |
| **5. Beoordeel op een schaal van 0 tot 10** **of u denkt dat uw kind enige problemen heeft** **met eten\*, in vergelijking met leeftijdsgenootjes?** |  *zet een verticaal streepje op de juiste plek op onderstaande balk:*   **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** geen problemen grote problemen  |
| **Drinken** |
| **6. Beoordeel op een schaal van 0 tot 10** **of u denkt dat uw kind enige problemen heeft** **met drinken\*, in vergelijking met leeftijdsgenootjes?** |  *zet een verticaal streepje op de juiste plek op onderstaande balk:*   **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** geen problemen grote problemen  |
| **Open vraag** |
| **7. Heeft u nog andere vragen, opmerkingen** **of punten waar u zich zorgen over maakt** **over de voeding van uw kind?** |  |

**\*** *Denk bijvoorbeeld aan efficiëntie (tijdsduur, hoeveelheid), veiligheid (verslikken), zelfstandigheid, gedrag (weigeren, eenzijdigheid*

***Kind vragenlijst***

Vraag uw kind om onderstaande vragen te beantwoorden (indien mogelijk).

Vraag uw kind om bij elke vraag het gezichtje aan te wijzen dat het beste past bij het gevoel dat hij/zij heeft bij de vraag. Zet een vinkje bij het gezichtje dat uw kind aanwijst.

|  |
| --- |
| **Slapen** |
| **1. Hoe vind je dat je slaapt ’s nachts?** | Afbeeldingsresultaat voor beoordeel smileys        |
| **Bewegen** |
| **2. Vind je bewegen leuk?** | Afbeeldingsresultaat voor beoordeel smileys       |
| **Eten** |
| **3. Vind je dat je gezond eet?** | Afbeeldingsresultaat voor beoordeel smileys        |
| **4. Vind je eten leuk?** | Afbeeldingsresultaat voor beoordeel smileys        |