



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 cirka .....ord
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

<b>Receptiv språkförmåga och språkförståelse</b>						
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

<b>Social interaktion</b>						
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

<b>Beteenden och symtom</b>						
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