

## Synspædagogisk observations skema for personale, der er ansat ved bo- og dag tilbud.

Synskonsulentens besøg vil tage udgangspunkt i besvarelsen af dette skema. Det vil altid være en fordel, at der ved besøget, deltager et personale, der kender borgeren godt. Skemaet bør også bruges, som jeres egen forberedelse til øjenlægebesøg/ optikerbesøg.

Hvis der i det nedenstående er spørgsmål, man er i tvivl om, eller ikke kan svare på, så bedes personalet observerer dette frem til synskonsulentens besøg.

### Det udfyldte skema returneres til:

(Husk at tage kopi til eget brug og borgerens journal)

<b>Borgerens navn:</b>			
<b>Cpr.nr.:</b>			
<b>Adresse:</b>			
Marker venligst.	<b>Kommunalt Botilbud</b>	<b>Regionalt Botilbud</b>	<b>Privat Botilbud</b>
<b>andet beskriv:</b>			
<b>Har forældre/værgen medvirket ved udfyldelsen af skemaet?</b>			
Ja:      Nej:			
<b>Evt. navn på borgers øjenlæge</b>			
<b>Skemaet er udfyldt af</b>			
Navn:			
Tlf.nr.: til bo- eller dagtilbuddet:			
Arbejds E-mail.:			
Dato:			

<b>Er der stillet en synsdiagnose?</b>
Ja:      Hvilken:
Nej:

<b>Har borgeren briller?</b>
Ja:      hvor gamle er brillerne:
Nej:
<b>Bruges brillerne i hverdagen?</b>
Ja:      Hvornår/til hvad:
Nej:

<b>Følgende observationer er foretaget:</b>
Med ordinerede briller:
Uden briller:

<b>Har borgeren et eller flere af disse symptomer/tegn ved øjnene?</b>
<input type="checkbox"/> Stikker fingrene i øjnene
<input type="checkbox"/> Bemærker ikke, at man nærmer sig fra siden
<input type="checkbox"/> Lys kikkeri, ser intenst på lyskilder
<input type="checkbox"/> Støder ind i ting
<input type="checkbox"/> Andet, beskriv:

<b>Bliver borgeren helt specielt utryk i tussmørke?</b>
Ja:      nej:

<b>Bliver borgeren mere aktiv i normal god belysning?</b>
Ja:      nej:

**Bliver borgeren meget generet af stærkt lys?**  
Ja: beskriv:  
  
Nej:

**Kniber borgeren ofte øjnene sammen ?**  
Ja: beskriv:  
  
Nej:

**Reagerer borgeren på skygger eller farveskift i underlag f.eks.: gulv/ vej/ kantsten og lignende, og føler sig frem med foden eller vil holde i hånd?**  
Ja: beskriv:  
  
Nej:

**Drejer borgeren hele hovedet for at se?**  
Ja: beskriv:  
  
Nej:

**Bliver borgeren specielt utryg på ukendte steder eller i ukendt terræn?**  
Ja: beskriv:  
  
Nej:

**KOMMUNIKATION**

**Er der normal øjenkontakt med borgeren?**  
På 6 meters afstand: ja: nej:  
På 1 meters afstand: ja: nej:  
**Hvis ja, besvar følgende:**  
Øjenkontakt i korte glimt. På hvilken afstand:  
Øjenkontakt der er stabil. På hvilken afstand:

**Beskriv hvordan borgeren kommunikerer til personalet:**

**Beskriv hvordan personalet kommunikerer til borgeren:**

**IAGTTAGELSER FRA HVERDAGEN**

**Når du møder borgeren, efter at have været borte i 1 time eller mere, hvordan tror du, borgeren bliver opmærksom på, at du er tilstede?**

**Borgeren ser mig:**  
Ja: nej: ved ikke:  
**Hvis ja, besvar følgende:**  
På mere end 6 meters afstand:  
På 3 – 6 meters afstand:  
På 1 – 3 meters afstand:  
På under 1 meters afstand:

**Borgeren hører mig:**  
Ja: nej: ved ikke:  
Hvis ja, beskriv:

**HAR BORGEREN ANDRE DIAGNOSER og FUNKTIONSNEDSÆTTELSE?**  
(f.eks: epilepsi, diabetes, spasticitet, kørestolsbruger, bruger rollator m.v.)

**ER DER I HANDLEPLANEN ELLER I JOURNALMATERIALET TILKENDEGIVET NOGET OM BORGERENS UDVIKLINGSALDER?**  
Ja, udviklingsalderen beskrives til: år  
Nej:

**Hvis ja, beskriv gerne udviklingsalder inden for de forskellige områder der er testet:**  
Legemspleje og kropsbevidsthed:  
Omverdensbevidsthed:  
Social-følelsesmæssig udvikling:  
Leg/kreativitet:  
Sproglig udvikling:  
Kognitiv/intellektuel udvikling:  
Grovmotorik:  
Finmotorik:

**FØLGENDE KAN VEDLÆGGES I KOPI:**  
Sæt kryds:  
\_\_\_ Medicinske beskrivelser fra øjenlæge  
\_\_\_ Eventuelle test/ observationer vedrørende synet.  
\_\_\_ Andet

