

Skema til udredning af dysfoni

Udarbejdet af arbejdsgruppe nedsat af ATHS' forankringssted for stemmefagområdet (2007)

5. udgave, revideret 2018

Faktuelle oplysninger

Navn	Cpr.nr.	Tlf.
Adresse	Mobil	Arb.
	E-mail	
Betalingskommune		
Henvisende speciallæge		
Henvisningsdiagnose		
Beskrivelse af stemmelæber		
Sidste undersøgelse:	Planlagt kontrol:	
Erhverv	Socialt	
Tidligere logopædisk undervisning		
Bemærkninger		
Undersøgende logopæd	Undersøgelsessted	Dato

Grad af funktionsnedsættelse (ud fra funktionsprøver og observationer)				
Intet	Let	Moderat	Svær	Meget svær
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Elevens vurdering af begrænsning i forhold til aktivitet og deltagelse				
Intet	Let	Moderat	Svær	Meget svær
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Konklusion på udredningen
Logopædisk diagnose
Forslag til foranstaltning

Anamnese

Stemmevanskelighedernes opståen	Nej	Ja	Tidspunkt	Varighed
Gradvist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pludseligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anden sygdom/ operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Øvre luftvejsinfektioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Særlige stemmekrav	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vanskeligheder i bestemte perioder/situationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Uddybning af vanskelighedernes opståen				
Familiær disposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ved ikke	<input type="checkbox"/>
Bemærkninger				

Stemmeforandringer / begrænsninger	Nej	Ja	Ved ikke
Har talestemmen forandret sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har andre kommenteret stemmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er talestemmen dybere end tidligere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er talestemmen højere end tidligere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer med at tale kraftigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer med at tale svagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Styringsbesvær af talestemmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har sangstemmen forandret sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemærkninger			

Hypighed: 0 = aldrig, 1 = sjældent, 2 = ind imellem, 3 = ofte, 4 = altid

Grad: 0 = Intet, 1 = let, 2 = moderat, 3 = svær, 4 = meget svær

Aktuelle gener	Hypighed	Grad	Ved ikke		Hypighed	Grad	Ved ikke
Hæshed generelt			<input type="checkbox"/>	Hæshed i dag			<input type="checkbox"/>
Rømmetrang			<input type="checkbox"/>	Globulus			<input type="checkbox"/>
Stemmetræthed			<input type="checkbox"/>	Synketrang			<input type="checkbox"/>
Tørheds- fornemmelse			<input type="checkbox"/>	Synke- Problemer			<input type="checkbox"/>
Ømhed i/omkring larynx			<input type="checkbox"/>	Smertes i/omkring Larynx			<input type="checkbox"/>
Bemærkninger							

Hyppighed: 0 = aldrig, 1 = sjældent, 2 = ind imellem, 3 = ofte, 4 = altid
 Grad: 0 = Intet, 1 = let, 2 = moderat, 3 = svær, 4 = meget svær

Tør hoste			<input type="checkbox"/>	Slim i halsen			<input type="checkbox"/>
Produktiv hoste			<input type="checkbox"/>	Sure opstød/ Halsbrand			<input type="checkbox"/>
Bemærkninger							

Fysiske gener	Hyppighed	Grad	Ved ikke		Hyppighed	Grad	Ved ikke
Nakke/skulder-spændinger			<input type="checkbox"/>	Kæbespænding			<input type="checkbox"/>
Bemærkninger							

Stemme krav på arbejde	Nej	Periodevis	Konstant	Stemme krav i fritiden	Nej	Periodevis	Konstant
Styrke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Styrke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varighed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varighed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemærkninger							

Miljø mæssige faktorer	Nej	Periodevis	Konstant		Nej	Periodevis	Konstant
Støjproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Passiv rygning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dårlig akustik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rygning	Antal om dagen		
Dårligt indeklima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alkohol	Antal genstande om ugen		
Bemærkninger							

Øvrige helbredsoplysninger							
ØNH-sygdomme	Nej	Ja		Nej	Ja	Ikke udredt	
Hyppige halsinfektioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tonsillektomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ØNH-operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stofskifteproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemærkninger							

Generelt	Nej	Ja		Nej	Ja
Astma/bronkitis/KOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Helbredsproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemærkninger					
Medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvilken		
Anden behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvilken		
Bemærkninger					

	God	Dårlig		Ja	Nej	Ved ikke
Søvn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tandproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nej				
Smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tænderskæren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemærkninger			Bemærkninger			
Hørelse	Angives god	<input type="checkbox"/>	Nedsat	<input type="checkbox"/>	HA-bruger	<input type="checkbox"/>
Bemærkninger						

Psykiske faktorer	Nej	Aktuelt	Tidligere		Nej	Aktuelt	Tidligere
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psykiske traumer, sorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperament							
Psykisk miljø (arbejde/hjem/fritid)							
Bemærkninger							

Selvurdering af stemmeproblemet	0	1	2	3	4	Ved ikke
Stemmeproblem på arbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stemmeproblem i fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemærkninger						
VHI	Samlet score:	F:	P:	E:		

Forventninger/motivation

Logopædisk undersøgelse

Auditiv vurdering, stemme

0 = intet, 1 = let, 2 = moderat, 3 = svær, 4 = meget svær

Generelt indtryk af dysfoni											
0	1	2	3	4							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
I hvilken grad er stemmen	Oplæsning				I hvilken grad er stemmen	Spontantale					
	0	1	2	3	4		0	1	2	3	4
Hyperfunktionel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperfunktionel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypofunktionel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypofunktionel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplofon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diplofon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skurrende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skurrende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirkende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knirkende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftfyldt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Luftfyldt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afonisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afonisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med registerbrud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Med registerbrud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Register	Fuldregister <input type="checkbox"/>				Mellemregister <input type="checkbox"/>	Randregister <input type="checkbox"/>					
Bemærkninger											
Stemmeleje (F ⁰)	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Meget dybt <input type="checkbox"/>	Dybt <input type="checkbox"/>	Højt <input type="checkbox"/>	Meget højt <input type="checkbox"/>						
Styrke	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Meget svag <input type="checkbox"/>	Svag <input type="checkbox"/>	Kraftig <input type="checkbox"/>	Meg. kraftig <input type="checkbox"/>						
Styringsbesvær (styrke)	Nej <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>								
Bemærkninger											
Ansætter	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Påfaldende <input type="checkbox"/>	Hårde <input type="checkbox"/>	Luftfyldte <input type="checkbox"/>							
Afsætter	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Låste <input type="checkbox"/>	Luftfyldte <input type="checkbox"/>	Nedpressede <input type="checkbox"/>							
Bemærkninger											

Auditiv vurdering, talekarakteristika

Prosodi	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Påfaldende <input type="checkbox"/>	Monoton <input type="checkbox"/>
Tonehøjdevariation	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Overdreven <input type="checkbox"/>	Reduceret <input type="checkbox"/>
Taletempo	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Hurtigt <input type="checkbox"/>	Langsomt <input type="checkbox"/>
Fraselængde	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Korte <input type="checkbox"/>	Lange <input type="checkbox"/>
Artikulation	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Utydelig <input type="checkbox"/>	Overdistinkt <input type="checkbox"/>
	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Slap <input type="checkbox"/>	Spændt <input type="checkbox"/>
Klang	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Åben <input type="checkbox"/>	Snæver <input type="checkbox"/>
	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Lys <input type="checkbox"/>	Mørk <input type="checkbox"/>
Nasalitet	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Hyponasal <input type="checkbox"/>	Hypernasal <input type="checkbox"/>
Bemærkninger			

Auditiv vurdering, funktionsprøver

Fonation					
Udholdt vokal	Stabil <input type="checkbox"/> Instabil <input type="checkbox"/>	Afoniske indslag <input type="checkbox"/>	Tremor <input type="checkbox"/>		
I hvilket register udføres udholdt vokal	Fuldregister <input type="checkbox"/>	Mellemregister <input type="checkbox"/>	Randregister <input type="checkbox"/>		
Fonationstid	Antal sek.				
S/Z ratio:	S antal sek.	Z antal sek.			
Tonehøjde-regulering	Normal <input type="checkbox"/>	Reduceret i dybden <input type="checkbox"/>	Reduceret i højden <input type="checkbox"/>		
Bemærkninger					
Registerfunktioner		Kan	Kan ikke		
Fuldregister		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Egalisering mellem fuld- og randregister (mellemregister)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Randregister/falset		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bemærkninger					
Styrkeregulering		Kan	Kan ikke	Hyperfunkt.	Hypofunkt.
Fra svag til kraftig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fra kraftig til svag		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Råbefunktion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemærkninger					
Adduktion		Kan	Kan ikke		
Glottisslag/lukkeansats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Præcis <input type="checkbox"/>	Upræcis <input type="checkbox"/>
Komprimeret hvisk		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hostefunktion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Staccatoansats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bemærkninger					
Afspændingsevne		God	Dårlig		
Afsats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glidetone på V/Z		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bemærkninger					

Auditiv vurdering, konklusion

Akustiske målinger

Fonationstid og F ₀ (grundtone)			
Maksimal fonationstid:	sekunder	Gennemsnitlig F ₀ oplæsning:	Hz
		Gennemsnitlig F ₀ spontantale:	Hz

Fonetogram	
Fonetogram vedlagt	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Perturbationsmål	Mål	Måleværdi
Jitter		
Shimmer		
Glottal støj		
Anvendt program		

Andre akustiske målinger
Specificér

Fysisk

Generelt indtryk			
	Hypoton <input type="checkbox"/>	Euton <input type="checkbox"/>	Hyperton <input type="checkbox"/>

Indtryk af tonus (tale)	Hypoton	Euton	Hyperton
Læber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kæbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgulv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nakke/skuldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemærkninger

Respiration					
Placering ved tale	Højcostal <input type="checkbox"/>	Costal/thoracal <input type="checkbox"/>	Abdominal <input type="checkbox"/>		
Inspiration	Upåfaldende	Påfaldende		Upåfaldende	Påfaldende
Ved tale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I hvile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemærkninger

Eksspiration					
Støtte ved samtale	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Støtte ved kraftig tale	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Fejlspænding	Skulder/nakke	<input type="checkbox"/>	Thorical <input type="checkbox"/>	Abdom. Hyperton	<input type="checkbox"/>
				Abdom. Hyperton	<input type="checkbox"/>

Bemærkninger

Holdning			
Løftede skuldre	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, stående <input type="checkbox"/>	Ja, siddende <input type="checkbox"/>
Løftet brystkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedhældning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedforsk. fremad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hagen opad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hagen nedpresset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overstrakte knæ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rygkurver	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Påfaldende <input type="checkbox"/>	
Bækkenhældning	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Fremad <input type="checkbox"/>	Bagud <input type="checkbox"/>
Vægtbæring/balance	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Frem <input type="checkbox"/>	Tilbage <input type="checkbox"/> Til siden <input type="checkbox"/>
Bemærkninger			

Observation/ manuel undersøgelse	I hvile		I tale	
	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Lav <input type="checkbox"/> Høj <input type="checkbox"/>	Upåfaldende <input type="checkbox"/>	Lav <input type="checkbox"/> Høj <input type="checkbox"/>
Larynx position	Ømhed <input type="checkbox"/>	Smerter <input type="checkbox"/>	Ømhed <input type="checkbox"/>	Smerter <input type="checkbox"/>
Suprahyoide område	Ømhed <input type="checkbox"/>	Smerter <input type="checkbox"/>	Ømhed <input type="checkbox"/>	Smerter <input type="checkbox"/>
Os hyoideum	Normal <input type="checkbox"/>	Formindsket <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Formindsket <input type="checkbox"/>
Afstand os hyoideum - cart. thyreoidea	Normal <input type="checkbox"/>	Formindsket <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Formindsket <input type="checkbox"/>
Afstand imellem cart. thy. og cart. cric.	Normal <input type="checkbox"/>	Formindsket <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Formindsket <input type="checkbox"/>
Larynx' laterale flexibilitet	Normal <input type="checkbox"/>	Formindsket <input type="checkbox"/>		
Bemærkninger				

Fysisk, konklusion
