



### Checkliste Down Syndrom 0 – 7 år

patientlabel
--------------

Sæt kryds i det blå felt, ved udført/bestilt

Dato										
Alder	1 mdr	2 mdr	4 mdr	6 mdr	12 mdr	2 år	3 år	4 år	5 år	6 år
Information										
Forældrekrise										
Kromosomundersøgelse										
Genetisk rådgivning										
Klinisk undersøgelse										
Vækst										
Udvikling/adfærd										
Ekkocardiografi										
Thyreoidaprøver										
Fysioterapeut										
Øjne										
Øre-næse-hals										
Tandlæge										
Hepatitis vaccination										