

Hälsoundersökning barn (0–6 år)

Datum: _____ Plats: _____ Uppgiftslämnare _____

Given info om sekretess och att Hälsoundersökningen inte påverkar vistelsen här ☐

Namn _____

Födelsedata _____ Flicka ☐ Pojke ☐

Hemland _____ Stad ☐ Landsbygd ☐

Id-kontroll _____

LMA/Dossiernummer _____ Giltigt till och med _____

Modersmål _____ Talade språk _____

Födelsevikt _____ Födelselängd _____ Graviditetslängd _____

Graviditet/förlossning/sjukhus _____

Samtycker vårdnadshavare att BVC får ta del av denna journal? Ja ☐ Nej ☐

Social bakgrund

Familj/syskon/ släkt i hemlandet/Sverige/ annat land

Föräldrars skol- och arbetsbakgrund/ boende i hemlandet

Flykten/ händelser/länder man passerat/ankomst till Sverige/städer

BVC/förskola/ skola/lekkamrater

Boendesituation nu (*fast adress eller flyttat flera tillfällen*)/familjens sociala nätverk

Hälsohistoria

Tidigare sjukdomar/barnsjukdomar/hereditet/sjukhusvistelse/läkemedel/blodtransfusion

Vaccinationer/ vilka/när/vaccinationsdokument

Följt landets barnvaccinationsprogram Ja ☐ Nej ☐

BCG-ärr Ja ☐ Nej ☐ Höger ☐ Vänster ☐

Barn upp till 6 år erbjuds BCG vaccination. Informera om barn över 2 år ska IGRA tas annars under 2 år ta Tuberkulin test (PPD) kan även tas om det är svårt att ta IGRA

Fråga vårdnadshavare om barnet har symtom på TBC eller om någon i barnets närhet haft TBC

Har barnet haft TBC eller annan lungsjukdom	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har barnet varit i nära kontakt med någon som haft TBC	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har barnet besvärats av hosta mer än tre veckor _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har barnet haft nattliga svettningar _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har barnet haft feber mer än tre veckor _____	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Ofrivillig viktnedgång, mer än 5 kg på 6 månader	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Uppmärksamma om symtomen för TBC

Rök/droganamnes

Fråga vårdnadshavare om deras erfarenhet kring droger

E-cigaretter/Cigaretter ☐ Vattenpipa ☐ Alkohol ☐ Narkotika (ex. khat, cannabis) ☐

Hur ofta/ hur länge har droger använts

Överkänslighet

Kommunikation

Språk/ Språkutveckling/hörsel/syn/när började barnet prata/ ord/meningar/förstår barnet det ni säger

Andning/cirkulation

Har barnet haft yrsel/infektionstecken/anemi

Nutrition

Amning/aptit/äter regelbundet/ dricker bra//vikt/tandstatus

Informera om kost och dryck/karies/tandborstning/munhälsa

Elimination

Förstoppning/diarré/mask/miktion/sveda/klåda/blöja/ testiklar/omskärelse pojkar/könsstympning flickor

Informera om testiklar

Könsstympning/Kvinnlig Omskärelse

"I vissa kulturer förekommer könsstympning/omskärelse av flickor. Har du (som vårdnadshavare) varit med om det/ Är ditt barn könsstympad/omskuren (tips! visa bilden på olika typer/klipptecken)

Informera om förbud mot könsstympning i Sverige (Könsstympningspass). Informera om AMEL-mottagning, ev. gynekologisk undersökning. Vid besvär informera om smärtlindring

Hud

Utslag/sår/klåda/blåsor/svullna lymfkörtlar/blåmärken

Aktivitet

Fysisk utveckling

barnets motoriska utveckling/ sitta utan stöd/stå/gå

Informera om Öppen förskola, lek med barn

Psykomotorisk utveckling

Hur ser samspelet ut mellan vårdnadshavare och barnet och mellan barnet och andra barn/ Leker barnet själv/ med andra barn/koncentration

Sömn

dygnsrytm/rutiner/mardrömmar

Informera om sömnhygien

Smärta

Ont/ huvudvärk/magont

Psykosocialt

Oro/trauma, har barnet bevittnat eller själv varit utsatt för våld/stress/separation från närstående

Information

Informera om det som känns relevant i samtalet (alltid info om HoS, provtagning, 1177, reservnr vaccination)

- ☐ BVC/ Vitamin D
- ☐ Provtagning/TBC/HBsAg, HBs-antikroppar(hepatit B), Blodstatus inklusive Hb, HCV-antikroppar /HIV/PKU(barn t.o.m. 8år)/ Cysto-maskägg(barn upp t.o.m. 6 år)
- ☐ Vaccination
- ☐ Öppen förskola/förskola/skola
- ☐ Sjukvården i Sverige
- ☐ Tandvården
- ☐ Förbund mot aga och andra former av misshandel
- ☐ 1177/112
- ☐ Egen vård, info om förkylning, feber, förstoppning, diarré,
- ☐ Att tänka på vid magsjuka, förkylning, influensa, vattkoppor
- ☐ Ev sårodling (MRB)
- ☐ Hälsokort med reservnr.

Annan info

Finns det annan information om barnets hälsa?

Kontakt efter Vårdcentral Sjukgymnast Kurator Folktandvården

Kontakt med BVC

Journalkopia ska skickas till BVC.

Ja ☐

Nej ☐

Vårdnadshavares namn och telefon nr

Namn _____

Tel _____

Annan _____

Tel _____
