

Hälsoundersökning barn (7–17 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 skolan 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

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

Följer landets barnvaccinationsprogram

Ja ☐

Nej ☐

BCG-ärr Ja ☐ Nej ☐

Höger ☐ Vänster ☐

*Fråga vårdnadshavare om barnet eller någon i barnets närhet haft TBC
barn under 10 år har vanligtvis inga symtom för TBC*

Har du haft TBC eller annan lungsjukdom

Ja ☐

Nej ☐

Har du varit i nära kontakt med någon som haft TBC

Ja ☐

Nej ☐

Har du besvärats av hosta mer än tre veckor _____

Ja ☐

Nej ☐

Har du haft nattliga svettningar _____

Ja ☐

Nej ☐

Har du haft feber mer än tre veckor _____

Ja ☐

Nej ☐

Ofrivillig viktnedgång, mer än 5 kg på 6 månader

Ja ☐

Nej ☐

Uppmärksamma om symtomen för TBC

Rök/droganamnes

Fråga vårdnadshavare om deras erfarenhet kring droger om barnet är under 13 år. Ställ frågan till barn 13 år och äldre

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

Hur ofta/ hur länge har droger använts

Överkänslighet

Kommunikation

Språk/ Språkutveckling/hörsel/syn/

Andning/cirkulation

Har barnet haft yrsel/infektionstecken/anemi

Nutrition

Hur äter och dricker du/aptit/besvär/

Informera om kost och dryck/karies/tandborstning/munhälsa

Elimination

Förstoppning/diarré/mask/miktion/sveda/klåda/omskärelse pojkar
Regelbunden menstruation/ underlivsbesvär

Könsstypning/Kvinnlig Omskärelse

"I vissa kulturer förekommer könsstypning/omskärelse av flickor. Har du varit med har du varit med om det/ (tips! visa bilden på olika typer/klippstecken)

Informera om förbud mot könsstypning i Sverige (Könsstypningspass). Informera om AMEL-mottagning, ev. gynekologiskundersökning. Vid besvär informera om smärtlindring

Hud

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

Aktivitet

Fysisk utveckling
barnets motoriska utveckling/ aktivitet på fritiden/samspelsförmåga

Informera om fysisk aktivitet för att motverka ohälsa

Sömn

Sover i egen säng/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)

- ☐ Provtagning/TBC/HBsAg, HBs-antikroppar (hepatit B), Blodstatus inklusive Hb, HCV-antikroppar/HIV/PKU(barn t.o.m. 8år)/ Rubella IgG- antikroppar (fr. 15 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 såroddling (MRB)
- ☐ Hälsokort med reservnr

Annan info

Finns det annan information om barnets hälsa?

Kontakt efter Vårdcentral Sjukgymnast Kurator Folktandvården

Kontakt med skola

Namn på skolan _____

Journalkopia ska skickas skolan

Ja ☐

Nej ☐

Vårdsnadshavares namn och telefon nr.

Namn _____

Tel _____

Annan _____

Tel _____