

Samtalsmall för Hälsoundersökning barn till och med 17 år

Förklara syftet med hälsoundersökningen och att frågorna som ställs under samtalet är rutinfrågor som ställs till alla, oavsett ursprungsland. Om behov upptäcks kommer patienten erbjudas vård eller stöd vid ett nytt tillfälle. Information ska även ges om sekretess, att hälsosamtalet inte påverkar asylprocessen, den undersöktes möjlighet att få del av hälso- och sjukvård och tandvård samt hur man gör för att komma i kontakt med vården. Ställ frågorna direkt till barnet om det bedöms tillräckligt moget, annars ställs frågorna till medföljande vårdnadshavare.

Frågorna ställs huvudsakligen till: Barnet | Vårdnadshavare

ALLMÄNNA FRÅGOR

Patientuppgifter

Namn	Plats för etikett med person- eller reservnummer	
LMA-nummer		
Kön (M/K/X)		
Hemland		
Språk (ev. dialekt)		
Kontaktuppgifter korrekt i journal	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	

Ursprung och ankomst

Ankomst Sverige	
Tidpunkt för avfärd Resväg Boende i flyktingläger	
Tidigare bostadsort i Sverige	
Ensamkommande barn	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> (god man: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>)
Kan läsa/skriva	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Skolgång?	

Social situation

Familjesituation	
Boendesituation/ med vem?	

SOMATISK HÄLSA

Sjukdomshistoria

Tidigare sjukdomar / skador (inkl. kroniska sjukdomar)	
Tidigare vård på sjukhus	
Aktuell medicin	

Hälsotillstånd: Hur mår du? (inkludera munhälsa)

<i>Undersök exempelvis:</i> Besvär med avföring/urin Sömnpromblem Har du ont någonstans?	
Behov av hjälpmedel (inkl. glasögon, hörapparat, gånghjälpmedel)	
Allergier	
Övrigt	

Kvinno- och mödrahälsa (erbjud enskilt samtal)

Har du fått din mens?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Pågående graviditet	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja: senaste mens
Önskemål om preventivmedelsrådgivning	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Gynekologiska besvär	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kvinnlig könsstympning	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, erbjud nytt besök

Infektioner och smittskydd

Vaccination enligt ditt lands vaccinationsprogram	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>
---	--

Har du eller någon i din familj varit i kontakt med smittsam sjukdom?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>
---	--

Tuberkulos

Hosta > 3 veckor, ofta med slembildning och ibland blodtillblandning	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Långdragen feber eller subfebrilitet	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Nattsvettningar	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Ofrivillig viktnedgång eller avmagring (utebliven viktökning hos små barn)	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Tarmparasiter

Diarré,	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Klåda i ändtarm	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Livsstil

Tandborstning 2ggr/dag	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Är du fysiskt aktiv, leker?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Vad gör du när du är hemma? Hur fungerar det på förskolan/skolan?	
Alkohol	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Tobak	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Droger	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Barnhälsa

Inskrivna på BVC	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Samtycke kontakt med BVC	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Samtycke kontakt med Skolhälsovården	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

PSYKISK HÄLSA

Psykisk hälsa (erbjud enskilt samtal)

"Många som kommer till ett nytt land mår dåligt på andra sätt än kroppsligt, så därför brukar vi ställa vissa frågor. Du behöver inte svara om du inte vill."

Har du under den senaste månaden:

... känt dig väldigt ledsen?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
...varit orolig eller tänkt för mycket?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
...tänkt mycket på hur det var innan?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
...haft sömnproblem?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
...isolerat dig? Vill inte göra saker eller umgås med andra?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
...ändrat ditt beteende?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Om "Ja" eller annan orsak till misstanke om psykisk ohälsa, erbjud stöd eller vidare utredning enligt lokal rutin	Tackar ja <input type="checkbox"/> Tackar nej <input type="checkbox"/>
Övrigt	

VÅLD/TORTYR

Utsatt för våld/tortyr (erbjud enskilt samtal)

"Om ett barn utsatts för våld, tortyr, eller kränkning behöver vi hjälpa barnet och vårdnadshavare genom att upptäcka det" Se vägledningen för mer information om hur du kan ställa frågorna.

Har du bevittnat eller själv varit utsatt för:

Våld	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kränkning t.ex. sexuellt utnyttjande	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du varit inlåst mot sin vilja?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du utsatts för tortyr?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Övrigt	

BEDÖMNING

Behov av utökad provtagning	<input type="checkbox"/> Aktiv TB <input type="checkbox"/> Tarmparasiter <input type="checkbox"/> Sexuellt överförbara sjukdomar <input type="checkbox"/> Multiresistenta bakterier <input type="checkbox"/> Annat:
Dold journalanteckning	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Föreligger risk att barn far illa <i>Legitimerad personal har skyldighet enligt lag att göra orosanmälan vid behov</i>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

AVSLUTNING

Avsluta med att besvara eventuella frågor från patient/vårdnadshavare. Informera om hur man söker vård och tandvård i Sverige enligt lokal rutin.

Information given	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
-------------------	--