

## Samtalsmall för Hälsoundersökning - vuxen

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.

### 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"/>
Sysselsättning i hemlandet	

#### Social situation

Familjesituation	
Boendesituation/ med vem?	

## SOMATISK HÄLSA

### Sjukdomshistoria

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

### Hälsotillstånd

Hur är din hälsa idag (inklusive munhälsa)?	
Behov av hjälpmedel (inkl. glasögon, hörapparat, gånghjälpmedel)	
Allergier	
Övrigt	

Kvinno- och mödrahälsa (erbjud enskilt samtal)

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"/>
Om: Nej/Vet ej; erbjud vaccination på VC	Tackar ja <input type="checkbox"/> Tackar nej <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	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

Alkohol	Ja <input type="checkbox"/> (Riskbruk <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"/>
Fysisk aktivitet / motionsvanor	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"/>
...haft tankar på dåtiden som hindrat dig från att göra saker eller att umgås med andra?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
...haft sömnproblem?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
...haft problem med minnet?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Om "ja" på en eller flera av ovanstående:

Har något av det här hindrat dig från att göra saker som du måste göra varje dag?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
---	--

Om patienten svara ja på minst två frågor, eller vid 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 man utsatts för olika typer av våld kan det göra att man mår dåligt både fysiskt och psykiskt, även om det inte syns. Jag kommer ställa några frågor som vi ställer till alla, och du behöver inte svara om du inte vill."*

Har du varit utsatt för, eller bevittnat, allvarligt våld eller blivit kränkt eller förnedrad?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du suttit i fängelse eller varit inlåst mot din vilja?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du utsatts för sexuellt våld eller tvång?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du utsatts för tortyr?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Nej, misstanke kvarstår <input type="checkbox"/>
Övrigt	
Om "Ja", erbjud medicinskt eller psykologiskt stöd, eller vidare utredning enligt lokal rutin	Tackar ja <input type="checkbox"/> Tackar nej <input type="checkbox"/>

## 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"/>

## AVSLUTNING

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

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