

Samtalsunderlag

Hälsouppgifter nyanländ till Jönköpings län, barn och ungdomar

(Ta upp de för sammanhanget relevanta områdena)

För- och efternamn		Födelsedatum
Bostadsadress		Kön
Postnummer och ort		Telefon
Nationalitet	Språk	Tolkbehov
Ursprungsland om annat.....		
Vårdnadshavare 1 (namn och tel)	Vårdnadshavare 2 (namn och tel)	Förskola/Skola/Klass

Medicinsk bakgrund

Har barnet tidigare sökt läkare för sjukdom/funktionsnedsättning eller vårdats på sjukhus?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Om ja, ange sjukdom/ funktionsnedsättning, årtal och vårdinrättning:	
Årftlig sjukdom?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja:	
Överkänslighet/allergi?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja:	
Graviditet/Förlossning/Neonatal	
Har barnet tidigare hälsundersökts på vårdcentral i Sverige?	Var? (fyll också i medgivandeblankett om att få rekvirera journal)
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (rekvirera journal)	

Vaccinationsstatus

Är barnet vaccinerad enligt hemlandets vaccinationsprogram? (fyll i bilaga om vaccination)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet inte		
Om ja, ange i vilket land/vilka länder:		
Ange när barnet fick sin senaste vaccination:		

För- och efternamn:	Födelsedatum:
---------------------	---------------

Social bakgrund

Närfamilj, föräldrar & antal syskon (behöver inte namnges)	
Aktuellt boende <input type="checkbox"/> Asylboende <input type="checkbox"/> Eget boende <input type="checkbox"/> Annat boende	Barnet bor hos <input type="checkbox"/> Båda föräldrar <input type="checkbox"/> Moder <input type="checkbox"/> Annan vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Fader
Nätverk i Sverige <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Tidigare social situation och migrationsanamnes	
Tidigare svåra upplevelser	
Kamratrelationer	Fritidssysselsättning

Aktuellt

Tidigare Utveckling Tillväxt..... Tal..... Syn..... Beteendeförändringar Hörsel..... Kost..... Annat..... Om frågeställningar, överväg tid till läkare	Aktuella hälsoproblem och/eller symtom Magont/diarré..... Huvudvärk..... Sömnsvårigheter..... Annat:..... Om ja, överväg tid till läkare
TB-symtom <input type="checkbox"/> Nattliga svettningar <input type="checkbox"/> Viktnedgång <input type="checkbox"/> Hosta <input type="checkbox"/> Feber Anhörig som har eller har haft tuberkulos? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja: (ange vem) Vid misstanke om TB, tid till läkare	Urinvägsbesvär <input type="checkbox"/> Svårt för att kissa <input type="checkbox"/> Menstruationsbesvär <input type="checkbox"/> Svag stråle <input type="checkbox"/> Tonårsgraviditet <input type="checkbox"/> Droppande urin <input type="checkbox"/> Smärta vid miktion <input type="checkbox"/> Könstymning? (fråga om omskärelse enbart om ursprung från länder där sedvänjan förekommer, se karta) Om ja, tid till läkare
Aktuella besvär från mun och/eller tänder? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja: (ange vilket/vilka, tandstatus, remiss till folktandvård efter läkarbedömning)	
Aktuella läkemedel? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja: (ange vilket/vilka)	

Kontroller

Längd.....	Vikt.....	BCG-ärr.....	PPD (barn 0-2 år).....
Tandstatus			
* Skolbarn (vid samarbete med Elevhälsan)			
Syn..... (om möjligt)	Hörsel.....(om möjligt)	Rygg.....(om möjligt)	