

Förhandsuppgifter inför hälsoundersökning Av högstadieelever till elevens föräldrar

Ert barn kommer snart att kallas till en hälsoundersökning inom skolhälsovården. Vid den omfattande hälsoundersökning diskuteras utöver barnets också hela familjens hälsa och välbefinnande. Också frågor som gäller barnets skolgång och fritid behandlas. Barnets föräldrar ombeds att delta i den omfattande hälsoundersökningen. Det är mycket viktigt att ni deltar.

Fyll vänligen i denna blankett och returnera den enligt anvisningarna. Om barnet har två hem, kan vardera hemmet fylla i en blankett. Det är meningen att föräldrarna ska fylla i blanketten, men svaren kan diskuteras tillsammans med barnet.

De teman som finns på blanketten diskuteras vid undersökningen. Era svar hjälper oss att tillgodose familjens behov och önskemål i samband med hälsoundersökningen. Barnet fyller också i en egen blankett med förhandsuppgifter inför hälsoundersökningen.

Det är frivilligt att fylla i blanketten och att besvara de enskilda frågorna. Alla uppgifter är konfidentiella och omfattas av hälso- och sjukvårdens sekretessbestämmelser. Anteckningar om hälsoundersökningen görs i patientjournalerna och därefter förstörs denna blankett. Skolhälsovårdens handlingar är en del av välfärdsområdets patientregister.

Om du vill skriva ut fler exemplar av blanketten eller läsa den elektroniskt, hittar du den på adressen thl.fi/blanketter-for-skol-och-studerande-halsovarden. Denna blankett är inte avsett att fyllas i elektroniskt.

Elev

Namn	Klass
Personbeteckning	Hemmets språk (ett eller flera)

Föräldrar/vårdnadshavare

Namn	Telefonnummer dagtid
Namn	Telefonnummer dagtid

Barnet bor tillsammans med <input type="checkbox"/> två föräldrar <input type="checkbox"/> en förälder <input type="checkbox"/> växelvist boende <input type="checkbox"/> annat arrangemang, hurdant? _____	Förändringar i familjestrukturen under de senaste åren <input type="checkbox"/> inga förändringar <input type="checkbox"/> separation/skilsmässa, årtal _____ <input type="checkbox"/> gemensam vårdnad <input type="checkbox"/> ensam vårdnad <input type="checkbox"/> nytt samboförhållande/äktenskap, årtal _____ <input type="checkbox"/> annat, vad? _____
--	---

Arrangemang för umgänge/växelvist boende när föräldrarna bor separat

Har barnet syskon?

nej ja, förnamn och födelseår

Övriga personer i samma familj eller hushåll

Barnets hälsa och välbefinnande

Hurdant är barnets nuvarande hälsotillstånd? bra medelmåttigt dåligt

Har barnet långvariga (fysiska eller psykiska) symtom, sjukdomar eller handikapp?

nej ja, vilka? _____

Vårdinstans, nuvarande vård och begränsningar

- allergi nej ja _____
- specialdiet nej ja _____
- medicinering nej ja _____

Har något av följande förekommit hos barnet upprepade gånger under det senaste året?

- trötthet eller sömnproblem nej ja _____
- skygghet eller spändhet nej ja _____
- våldsamhet, aggressivitet nej ja _____
- rastlöshet, koncentrationssvårigheter nej ja _____
- rädsla, ångest nej ja _____
- nedstämdhet, tillbakadragenhet nej ja _____
- sängvätning eller inkontinens på dagen nej ja _____
- smärtor vid belastning nej ja _____
- andra symtom, besvär eller smärtor nej ja _____
- olycksfall nej ja _____

Har barnet någonsin haft medvetlöshetsepisoder i liggande ställning eller under belastning? nej ja

Finns det i barnets släkt plötsliga dödsfall i en ålder under 50 år eller ärftliga eller återkommande sjukdomar?

nej ja, vilken/vilka? _____

Har ni diskuterat följande frågor med barnet?

- pubertet ja nej
- sexualitet ja nej
- sällskapande och preventivmedel ja nej

Hälsovanor

Vårt barn

- **sover** på vardagar kl. _____ - _____, cirka _____ timmar.
under veckoslut kl. _____ - _____, cirka _____ timmar.
- **rör på sig** dagligen cirka _____ timmar (skolväg och -gymnastik, utomhusvistelse, hobbyn)
- **sitter framför skärm** på vardagar _____ timmar/dag (telefon, dator, spelkonsol, tv m.m.)
under veckoslut _____ timmar/dag

Vet ni vad barnet gör på nätet och i sociala medier? ja nej

Familjens måltidsvanor

vi är nöjda med _____
kunde förbättras _____

Barnets måltider	frukost	skolmat/lunch	mellanmål på eftermiddagen	middag	kvällsmål
• på vardagar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• under veckoslut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vårt barns kost innehåller

- mjölk eller så kallad vegetabilisk mjölk eller produkter som tillverkats av dessa ja nej
vad? _____
- grönsaker och/eller frukter ja nej
- kött ja nej
- fisk ja nej

Vårt barn använder D-vitamintillskott dagligen sporadiskt inte alls
dygnsdos _____ mikrogram

Användningen av tobaksprodukter, alkohol och andra droger i familjen

- tobak nej ja _____
- snus nej ja _____
- alkohol nej ja _____
- narkotika nej ja _____

Har barnet prövat eller använt tobaksprodukter, alkohol eller droger?

nej jag vet inte ja

Använder någon i barnets kompisgäng tobak, snus, alkohol eller droger?

nej jag vet inte ja

Personlig hygien

Hur ofta borstar barnet tänderna?

Hur sköter barnet sin personliga hygien? (dusch, klädbyte m.m.)

Skolan

Hur går det för barnet i skolan och med hemläxorna?

Vilka är barnets starka sidor i skolan?

Får barnet stöd för lärandet? (stödundervisning, arbete i smågrupper, specialundervisning osv.)

nej ja, hurdant?

Går barnet / har barnet gått hos en skolkurator eller en skolpsykolog? nej ja, varför?

Hur tycker ni att samarbetet mellan hem och skola har fungerat?

- | | | | |
|---|-----------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| Tycker barnet om att gå i skolan? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> jag vet inte | <input type="checkbox"/> nej |
| Har barnet kompisar i skolan? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> jag vet inte | <input type="checkbox"/> nej |
| Mobbas barnet i skolan? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> jag vet inte | <input type="checkbox"/> nej |
| Har barnet medverkat i mobbning i skolan? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> jag vet inte | <input type="checkbox"/> nej |
| Har barnet blivit utsatt för våld eller sexuella trakasserier i skolan? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> jag vet inte | <input type="checkbox"/> nej |

Fritiden

Vad gör barnet på fritiden? (ensamt/med kompisarna/med familjen eller i fritidsintressen)

Barnets hemkomsttid på vardagar är kl. _____ och under veckoslut kl. _____

- | | | | |
|--|-----------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| Har barnet kompisar på fritiden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> jag vet inte | <input type="checkbox"/> nej |
| Känner ni barnets kompisar? | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nej |
| Mobbas barnet på fritiden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> jag vet inte | <input type="checkbox"/> nej |
| Har barnet medverkat i mobbning på fritiden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> jag vet inte | <input type="checkbox"/> nej |
| Vet ni var och med vem barnet tillbringar sin fritid? | <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nej |
| Har barnet blivit utsatt för våld eller sexuella trakasserier på fritiden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> jag vet inte | <input type="checkbox"/> nej |

Familjen

Har familjen tillräckligt med gemensam tid?

ja nej

Hur tillbringar ni den gemensamma tiden?

I vår familj

- brukar vi uppmuntra varandra och ge positiv respons ja nej
- delar vi på hemsysslor ja nej
- känner sig alla trygga och stämningen är vanligen harmonisk ja nej
- brukar vi berätta vad som har hänt under dagen ja nej
- har vi tillsammans kommit överens om reglerna ja nej
- äter vi varje dag tillsammans ja nej

Hur löser familjen situationer där barnet har brutit mot överenskomna regler eller betet sig illa?

Upplever ni att ni behöver hjälp i frågor som gäller barnets fostran?

nej

ja, hurdan? _____

vi får hjälp redan nu/vi har fått hjälp tidigare. Varifrån? (t.ex. familjerådgivning)

Bekymmer i familjen och olika förändringar i livet påverkar elevens välmående och skolframgång. Förekommer något av följande i er familj?

- kronisk sjukdom (fysisk eller psykisk) nej ja _____
 - svårigheter med att orka, utmattning eller depression nej ja _____
 - otrygghet eller våld nej ja _____
 - missbruk, alkohol- eller drogberoende nej ja _____
 - problem i förhållandet mellan familjemedlemmarna nej ja _____
 - ekonomiska bekymmer nej ja _____
 - sorg eller förluster nej ja _____
 - något annat aktuellt, vad? _____
-

Vem ger vid behov stöd i familjens vardag?

mor-/farföräldrar

före detta partner

grannar

vänner

ingen

andra

Vilka är familjens starka sidor?

Mitt barn gör mig glad eftersom

Önskemål som gäller hälsoundersökningen

Datum

Underskrift av den/dem som fyllt i blanketten