

## Förhandsuppgifter inför hälsoundersökning av högstadiel elever till elevens vårdnadshavare

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 vårdnadshavare 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. Du kan begära ytterligare kopior av blanketten från skolhälsovårdaren. Det är meningen att vårdnadshavare 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.

### Elev

Namn	Klass
Personbeteckning	Hemmets språk (ett eller flera)

### Vårdnadshavare

Namn	Telefonnummer dagtid
Namn	Telefonnummer dagtid

Barnet bor tillsammans med <input type="checkbox"/> två vårdnadshavare <input type="checkbox"/> en vårdnadshavare <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 vårdnadshavare 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 medvetslöshetsepisoder 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

## Hälsvanor

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

Hur ofta borstar barnet tänderna?

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

### Användningen av tobaks- och nikotinprodukter, alkohol och andra droger i familjen

- tobaks- och nikotinprodukter  nej  ja, \_\_\_\_\_
- alkohol  nej  ja, \_\_\_\_\_
- narkotika  nej  ja, \_\_\_\_\_

Har barnet prövat eller använt tobaks- och nikotinprodukter, alkohol eller droger?

nej  jag vet inte  ja

Använder någon i barnets kompisgäng tobaks- och nikotinprodukter, alkohol eller droger?

nej  jag vet inte  ja

## Skolan

Hur går det för barnet i skolan och med hemläxorna?

Vilka är barnets starka sidor i skolan?

Får barnet stöd för lärandet? (stödundervisning, undervisning som ges av en speciallärare 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