

Förhandsuppgifter till barnets vårdnadshavare inför hälsosamtal/hälsoundersökning i förskoleklassen

Ert barn kallas härmed till ett hälsosamtal/hälsoundersökning. Vid den omfattande hälsoundersökningen som görs i förskoleklassen diskuteras utöver barnets även hela familjens hälsa och välbefinnande. Också frågor som gäller barnets skolgång och fritid behandlas. Det är mycket viktigt att barnets vårdnadshavare deltar.

Vänligen fyll i denna blankett och ta med den till besöket hos skolsköterskan. Om barnet har två hem och ni båda är vårdnadshavare, förutsätter vi att ni samråder runt blanketten. Det är meningen att vårdnadshavarna ska fylla i blanketten, men svaren kan diskuteras tillsammans med barnet. Frågorna ger er en uppfattning om hälsosamtalets innehåll och era svar hjälper oss att tillgodose familjens behov och önskemål i samband med hälsosamtalet. De teman som finns på blanketten diskuteras under samtalet. Barnet fyller också i en egen blankett "hälsofrågor i förskoleklassen".

Det är frivilligt att fylla i blanketten och att besvara de enskilda frågorna. Alla uppgifter är konfidentiella och omfattas av hälso- och sjukvårdens sekretessbestämmelser: hälso- och sjukvårdslagen, patientdatalagen, skollagen samt sekretesslagen. Uppgifterna används endast inom skolhälsovården.

I hälsosamtalet/hälsoundersökningen ingår längd, vikt samt syn- och hörseltest.

Elev:

Namn _____

Personnummer _____

Hemmets språk (ett eller flera) _____

Vårdnadshavare:

Telefonnummer dagtid _____

Namn _____

Namn _____

Barnet bor tillsammans med

- båda föräldrarna
 sin mamma
 sin pappa
 annat arrangemang, vilket?

Förändringar i familjestrukturen

- inga förändringar
 separation/skilsmässa, årtal _____
 gemensam vårdnad
 ensamstående mamma/pappa (ringa in)
 nytt samboförhållande/äktenskap, årtal _____
 annat _____

Hur organiseras umgänget om föräldrarna bor på skilda håll?

Har barnet syskon?

- nej ja, namn 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 _____

Om ja, ger skolmiljön problem för ditt allergiska barn? nej ja _____

Specialdiet/kost nej ja _____

Medicinering nej ja _____

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

huvudvärk, ont i magen nej ja

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

andra symtom, besvär eller smärtor nej ja

olycksfall nej ja

Markera med ett kryss (x) i respektive påståenderuta som stämmer överrens med ditt barns situation

	Ja	Håller på att lära sig	Nej
Pratar tydligt, ljuder bokstäver rätt			
Kan cykla utan stödhjul			
Åker skidor och skridskor			
Kan knyta skosnörena			
Kan klä på sig utan hjälp			
Äter bra och mångsidigt			
Tål att förlora			
Talar med främmande personer			
Leker tillsammans med andra			
Kan säga ifrån bland andra barn			
Kan spela enklare spel och följa reglerna			
Går bra att lämna till förskoleklassen/fritids eller hos bekanta			
Kan vid behov sitta lugnt på sin plats			

HÄLSOVANOR

Vårt barn

Sover på vardagar _____ timmar, kl. ____ - ____
under veckoslut _____ timmar, kl. ____ - ____

Rör på sig dagligen cirka _____ timmar/dag (skolväg, skolgymnastik, utomhusvistelse och motionsintressen)

Sitter framför skärm på vardagar _____ timmar/dag (TV, dator, spelkonsoler, telefon osv.)
under veckoslut _____ timmar/dag

Vet ni vad barnet sysslar med vid datorn? ja nej

Hur sköter barnet sin personliga hygien?(tandborstning, dusch osv.)

Familjens måltidsvanor

vi är nöjda med _____

kunde förbättras _____

Barnets måltider på vardagar under veckoslut

frukost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skolmat/lunch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mellanmål på eftermiddagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kvällsmål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vårt barn använder mjölk och/eller mjölkprodukter nej ja
läsk nej ja

FÖRSKOLEKLASSEN

Hur tycker ni att samarbetet med mellan hem och förskoleklassen fungerar?

Tycker barnet om att gå i förskoleklassen? ja jag vet inte nej

Har barnet kompisar i förskoleklassen? ja jag vet inte nej

Mobbas barnet i förskoleklassen? ja jag vet inte nej

om ja, på vilket sätt? _____

Hur arrangeras barnets morgon- och eftermiddagsvård?

Övrig information

Mitt barns styrkor _____

Föräldrarna är bekymrade över _____

Har barnets skolmognad utretts? nej ja

Får skolsköterskan samtala med läraren angående saker som berör ditt barns hälsotillstånd och skolgång?

ja nej

FRITIDEN

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

Barnets hemkomst tid på kvällar är kl. _____

Har barnet kompisar på fritiden?

ja

nej

Känner ni barnets kompisar?

ja

nej

Mobbas barnet på fritiden?

ja

jag vet inte

nej

Vet ni var och med vem barnet tillbringar sin fritid?

ja

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

ja

nej

stämningen är vanligen harmonisk

ja

nej

brukar vi berätta vad som hänt under dagen

ja

nej

har vi tillsammans kommit överrens om reglerna

ja

nej

äter vi varje dag tillsammans

ja

nej

Hur löser familjen situationer där barnet har brutit mot överrenskomna regler eller beter 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)

Användningen av tobaksprodukter, alkohol och andra droger i familjen

Tobak

nej

ja

Snus

nej

ja

Alkohol

nej

ja

Narkotika

nej

ja

Alla bekymmer i familjen, sådant som tär på krafterna och olika förändringar i livet, påverkar hur eleven mår och klarar sig i skolan. Förekommer något av följande i er familj?

Kronisk sjukdom (fysisk eller psykisk)

nej

ja

Svårigheter med att orka, utmattning, depression

nej

ja

Otrygghet eller våld

nej

ja

Missbruk, alkohol- eller drogberoende

nej

ja

Problem i förhållandet mellan familjemedlemmarna

nej

ja

Sorg eller förluster

nej

ja

Något annat aktuellt, vad?

Vem ger vid behov stöd i familjens vardag?

Mor/farföräldrar
 Vänner

före detta partner
 andra _____

grannar

Ingen

Önskemål som gäller hälsoundersökningen _____

Datum

Underskrift av den/dem som fyllt i blanketten