|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SKJEMA FOR HELSEPERSONELL: TIDLIG HELSEKARTLEGGING** | | | | | | | | | | | | |
| **Personer under 18 år, uten omsorgsperson** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Etternavn: |  | | | | | | | | | | | |
| Fornavn: |  | | | | | | | | | | | |
| Født: |  | | | | | | | | | | | |
| D-nummer: |  | | | | | | | | | | | |
| DUF: |  | | | | | | | | | | | |
| Kjønn: |  | | | | | | | | | | | |
| Morsmål: |  | | | | | | Andre språk: | | |  | | |
| Behov for tolk? Tegnspråktolk? Foretrukket språk? | | | | | | | Ja | |  | | Nei |  |
| **BAKGRUNNSINFORMASJON** | | | | | | | | | | | | |
| Opprinnelsesland: | |  | | | | | | | | | | |
| Oppholdsland siste tiden før flukt: | |  | | | | | | | | | | |
| Hvor lenge har du vært på flukt? | |  | | | | | | | | | | |
| Har du/barnet hatt opphold  i flyktningleir? | |  | | | | | | | | | | |
| Hvor lenge har du/barnet vært på flukt? | | | | | | |  | | | | | |
| Har du/barnet tidligere hatt opphold  i flyktningleir? | | | Ja |  | Nei |  | | Hvis ja, hvilke land? | | | | |
| **FAMILIE/SOSIALT** | | | | | | | | | | | | |
| Mor: (navn, f.år/er i Norge/utlandet)  Far: (navn, f.år / er i Norge/utlandet)  Søsken:(navn, f.år/ er i Norge/utlandet) | | | | | | | | | | | | |
| Hvem reiser du/barnet sammen med? Har du kontakt med noen i Norge? Skylder du noen en tjeneste/står i gjeld til noen? | | | | | | | | | | | | |
| Familie/pårørende/nettverk i Norge? | | | | | | | | | | | | |
| Gravid? (evt. tidligere svangerskap, komplikasjoner?) | | | | | | | | | | | | |
| **SYKDOMMER/PLAGER/MEDISINER** | | | | | | | | | | | | |
| **Har du/barnet akutt sykdom/plager?**  Fysisk og/eller psykiske plager/lidelse? Infeksjon? Hoste/feber/diare/utslett/ annet?  Behov for nødprevensjon? | | | | | | | | | | | | |
| **Før ankomst Norge; har du/barnet kroniske sykdommer, hatt helseoppfølging og/eller videre plan for behandling?**   * Fysisk og/eller psykiske plager/lidelser? Infeksjon? Hatt tilgang på helseundersøkelser for å undersøke utvikling, psykisk og fysisk helse, eks høyde/vekt måling. * Normal utvikling? Evt. hvilke problemer? * Tidligere utsatt for vold, overgrep, omsorgssvikt? * Har med journal eller helseopplysninger? * Nyfødte: Behov for nyfødtscreening og/eller hørselscreening ? * Annet/ukjent? | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Har barnets utvikling vært normal?** *– normal utvikling og funksjon (kognitivt, sosialt, motorisk)? Mistet ferdigheter, i tilfelle beskriv?*  Endring?  Behov for tilrettelegging/hjelpemidler?  Ukjent? | | | | | | | | | | | |
| **Bruker du/ barnet medisiner?**  Hvilke? Forbigående/faste? Prevensjon?  *Klarer barnet å håndtere oppfølging av medisiner/sykdom /omsorgsbehov selv?*  Evt hva slags hjelp er nødvendig? | | | | | | | | | | | |
| **Har du/barnet plager fra tennene eller munnen?**  Hvordan er evnen til å tygge og svelge?  Har du/barnet tannregulering med fast apparatur? Har du/barnet smerter eller betennelser og akutt behov for tannhelsehjelp? | | | | | | | | | | | |
| **Naturlige funksjoner;**  Ernæring/spising – matlyst, vekttap (i %)  Urin – bleier, inkontinent?, kateter?  Avføring – inkontintent, forstoppet, diare?  Menstruasjon –smerter, behov for bind/tamponger, informasjon?  Søvnvansker? | | | | | | | | | | | |
| **Har du/barnet allergi?** | Ja | |  | | Nei | | |  | Vet ikke | |  |
| Hvis ja, hva slags allergi?  Alvorlig allergisk reaksjon?  Legemiddelallergier? | | | | | | | | | | | |
| **Vaksiner:**  Fulgt vaksinasjonsprogram i hjemlandet?  Koronavaksiner? Når? Hvilke?  MMR-vaksine?  Poliovaksine? (Barn som er ufullstendig vaksinert mot meslinger (MMR) og polio bør tilbys vaksine ved ankomst der mange bor tett, spesielt v/ barn under 6 år) | | | | | | | | | | | |
| **Bruker du/barnet rusmidler?**  (alkohol, medikamenter, andre rusmidler/ narkotiske stoffer)? | | Ja | |  | | Nei | Hvis ja, hvilke? | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PSYKISKE SYMPTOMER OG TRAUMATISKE ERFARINGER. Spørsmål stilles når barnet/ungdommen er i trygge omgivelser og de psykososiale behovene blir ivaretatt i etterkant av kartleggingen** | | | | | | | | | | |
| *Denne delen av skjemaet skal ikke brukes for alle. Det må vurderes i hvert enkelt tilfelle på bakgrunn av opplysninger som er fremkommet om bakgrunnshistorie, migrasjonsprosess, tidligere belastninger og psykiske symptomer om det er nødvendig å gjøre en ytterligere kartlegging som nedenfor. Det er vesentlig å kartlegge pasientens aktuelle livssituasjon og tilgang til noen å snakke med om eventuelle plager. Formålet er å fange opp tidligere traumatiske opplevelser som kan føre til psykiske symptomer med en risiko som tilsier at det er behov for rask helsehjelp, og sikre at den enkelte får god oppfølging. Det er frivillig å svare og en trenger ikke å gi detaljer hvis en ikke vil. Det er en forutsetning at det er trygge rammer for å kunne snakke med større barn/ungdom om disse spørsmålene.* ***Det er også viktig at språket tilpasses alderen på barnet/ungdommen.***   * *Understrek hva som er vanlige reaksjoner etter traumatiske hendelser* * *Fang opp behov for akutt psykisk helsehjelp* * *Forklar at dette kun er en kartlegging og at personen bør ta kontakt med helsepersonell ved mottaket ved økte symptomer* | | | | | | | | | | |
| **KARTLEGGING AV PSYKISKE SYMPTOMER/TRAUMATISKE ERFARINGER** | | | | | | | | | | |
| 1. Har du måttet forlate hjemmet ditt for å leve i skjul/dekning? | | | | | | | Ja |  | Nei |  |
| 1. Har du vært i livsfare? | | | | | | | Ja |  | Nei |  |
| 1. Har du selv vært utsatt for psykisk eller fysisk mishandling eller seksuelle overgrep? | | | | | | | Ja |  | Nei |  |
| 1. Har du sett noen bli drept eller hardt skadd? | | | | | | | Ja |  | Nei |  |
| 1. Har du sett noen bli utsatt for psykisk eller fysisk mishandling, tortur eller seksuelle overgrep? | | | | | | | Ja |  | Nei |  |
| 1. Har du tilbakevendende tanker eller bilder som det er vanskelig å bli kvitt? | | | | | | | Ja |  | Nei |  |
| 1. Har du angst som påvirker din hverdag (i stor grad)? | | | | | | | Ja |  | Nei |  |
| 1. Har du problemer med å sovne/sove? Mareritt? | | | | | | |  |  |  |  |
| 1. Har du vært utsatt for tortur eller umenneskelig behandling   **(hvis JA på en eller flere av de siste spørsmålene, informer om at en kan bli henvist videre/få helsehjelp)** | | | | | | | Ja |  | Nei |  |
| 1. Har du behov for å snakke med noen om dette? (Hvis JA, informer om at en blir henvist videre) | | | | | | | Ja |  | Nei |  |
| Annet?  Utdyping av svar: | | | | | | | | | | |
| **Undersøker:** | | | **Sted:** | **Dato:** | | **Signatur:** | | | | |
| **Oppsummering somatikk og psykisk helse: Behov for helsehjelp/legevurdering** | | | | | | | | | | |
| **Behov for helsehjelp/legetilsyn:**  -akutt /  -innen 14 dager |  | **Oppfølging neste kommune/mottak** | | |  | **Ikke behov for oppfølging** | | | |  |
| **Andre oppfølgingsbehov:** |  |  | | |  |  | | | |  |