



Ålands hälso- och sjukvård/ÅHS  
Barnrådgivningarna på Åland

Bästa föräldrar,

Enligt direktiv från Institutet för hälsa – och välfärd gällande verksamheten på barnrådgivningarna, ska 4- års besöket utvidgas. ÅHS styrelse har gett primärvården i uppdrag att även införa detta på Åland.

Vid den omfattande hälsoundersökningen som görs på barnrådgivningarna diskuteras barnets hälsa och välbefinnande utgående från de blanketter ni och daghemmet fyllt i. Vi kontrollerar som vanligt även tillväxt, syn och vaccinationer.

Det är därför viktigt att ni fyller i bifogat frågeformulär. Om barnet har två hem, kan vardera hemmet fylla i en blankett. Blanketterna finns på ÅHS hemsida ([www.ahs.ax/primärvård/våra verksamheter/barnrådgivning](http://www.ahs.ax/primärvård/våra-verksamheter/barnrådgivning)) Dagisblanketten finns på daghemmen och under rubriken "Diskussionsunderlag vid 4-års kontroll" på vår hemsida.

När ni bokat tid för 4 års kontroll ber ni samtidigt daghemmet att fylla i "4-års blanketten", som personalen sedan helst ska gå igenom med er före besöket till oss. Dagisblanketten tas med till besöket på barnrådgivningen tillsammans med detta frågeformulär.

Med vänlig hälsning,

Barnrådgivningarna på Åland.

ÅHS / Barnrådgivningarna på Åland  
4.4.2017/T.R, Y.H, C.L



## Omfattande hälsogranskning 4 år

Barnets namn: \_\_\_\_\_ Hemmets språk (ett eller flera) \_\_\_\_\_

Personbeteckning \_\_\_\_\_

### Föräldrar/vårdnadshavare

Namn \_\_\_\_\_ Födelseid \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_ Telefonnummer dagtid \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_ Födelseid \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_ Telefonnummer dagtid \_\_\_\_\_

### Barnet bor tillsammans med

- båda föräldrar
- sin mamma
- sin pappa
- annat arrangemang, hurdant? \_\_\_\_\_

### Förändringar i familjestrukturen

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

Hur är umgänget organiserat om föräldrarna bor på skilda håll? \_\_\_\_\_

Finns det ett skriftligt umgängesavtal?  ja  nej

Har barnet syskon? (hel-, halvsyskon och/eller bonussyskon?)

- nej
- ja (namn och födelseid) \_\_\_\_\_

Övriga personer i samma familj eller hushåll \_\_\_\_\_

### Användningen av tobaksprodukter, alkohol och andra droger i familjen

- tobak  nej  ja \_\_\_\_\_
- snus  nej  ja \_\_\_\_\_
- alkohol  nej  ja om ja antal portioner: \_\_\_\_\_ /månad
- narkotika  nej  ja \_\_\_\_\_

1 portion alkohol är en flaska (33 cl) öl/cider/longdrink, 12 cl vin eller 4 cl starksprit



**BARNETS HÄLSA OCH VÄLBEFINNANDE**

Hurdant är barnets nuvarande hälsotillstånd?  Gott  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 \_\_\_\_\_

Symtom under de senaste 6 mån.	sällan/aldrig	1 ggr/mån	1 ggr/vecka
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magont	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koncentrationssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressivt beteende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störande beteende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårigheter att förstå tillsägelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spänd, nervös, orolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedstämd, ofta ledsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ångestfylld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glädjelös, uppgivenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rädslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annat, vad? \_\_\_\_\_

**PSYKISK HÄLSA**

	JA	NEJ
Fungerar i hemmiljö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fungerar i dagvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fungerar i vänskapsförhållanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ni förmåga att handskas med barnets känslor och beteende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risk för att skada sig själv eller andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har barnet förmåga att koncentrera sig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Önskar familjen stöd? \_\_\_\_\_



### Inlärningssvårigheter inom

#### familjen eller hos nära släkting

	<b>mor</b>	<b>far</b>	<b>syskon</b>
Tal- eller språkutvecklingssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läs- eller skrivsvårigheter under uppväxten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matematikinlärningssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårighet vid inläring av motoriska färdigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ätstörningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koncentrationssvårigheter och/eller överaktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HÄLSOVANOR

### Vårt barn

- har svårt att somna  ja  nej
  - sover på vardagar \_\_\_\_\_ timmar, kl. \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_  
under veckoslut \_\_\_\_\_ timmar, kl. \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_
  - rör på sig dagligen cirka \_\_\_\_\_ timmar (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

### Familjens måltidsvanor

vi är nöjda med

kunde förbättras

Hurudan matlust har barnet?

### Barnets måltider

	<b>på vardagar</b>	<b>under veckoslut</b>
● frukost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● dagislunch/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  ja  nej
- D-vitamin  ja  nej



**HÄLSOVANOR forts.**

**Mjölkrekommendationerna för barn är 5-6 dl mjölkprodukter per dag.**

**Den rekommenderade dosen D-vitamintillskott är 10 mikrogram/dag.**

	aldrig/sällan	någon gng per vecka	dagligen
Grönsaker (under senaste veckan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frukter och bär (under senaste veckan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gröt eller fullkornsbröd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk/fiskrätter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	aldrig/sällan	1–2 ggr/vecka	3 eller flera ggr/vecka
Sötsaker, kex, bulle m.m.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lemonad/sockrad saft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chips och annat saltplöck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snabbmat (t.ex. pizza, hamburgare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övrigt			

**TOALETTVANOR**

Symtom under de senaste 6 mån.	sällan/aldrig	1 ggr/mån	1 ggr/vecka
Våt dagtid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våt nattetid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bajsar ner sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förstopning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**TALET**

	ja	nej
Är ni oroliga över barnets språkutveckling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har barnet svårigheter att uttrycka sig/otydligt tal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förstår andra än familjen barnets prat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har barnet problem med uttalet? (r, s, k...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förstår barnet uppmaningar i två led? (t.ex. "hämta muggen och sätt den på bordet")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan barnet uttrycka olika känslor och tankar språkligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är barnet intresserat av att lyssna på sagor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

vad? \_\_\_\_\_



---

**Vilka är familjens starka sidor?**

---

---

---

---

---

---

---

**Mitt barn gör mig glad eftersom:**

---

---

---

---

---

---

---

**Önskemål som gäller hälsoundersökningen:**

---

---

---

---

---

---

---