



Bästa förälder,

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.

Dagisblanketten finns på daghemmen och på ÅHS hemsida under rubriken "Diskussionsunderlag vid 4-årskontroll".

När ni bokat tid för 4-årskontroll 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



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 _____
- narkotika nej ja _____

om ja antal portioner per person:

/månad

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 gång per vecka eller oftare

Huvudvärk

Magont

Koncentrationssvårigheter

Aggressivt beteende

Svårigheter att förstå tillsägelser

Trötthet

Nedstämd, ångestfylld, uppgiven

Rädslor

Annat, vad? _____

PSYKISK HÄLSA

JA NEJ

Fungerar i hemmiljö

Fungerar i dagvård

Fungerar i vänskapsförhållanden

Har ni förmåga att handskas med barnets känslor och beteende?

Risk för att skada sig själv eller andra

Har barnet förmåga att koncentrera sig?

Önskar familjen stöd? _____



Inlärningssvårigheter inom

familjen eller hos nära släkting

	mor	far	syskon
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
under veckoslut _____ timmar
 - rör på sig dagligen cirka _____ timmar
 - 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

Barnets måltider

- | | på vardagar | under veckoslut |
|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| • 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"/> |
| • mjölk och/eller mjölkprodukter | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| • D-vitamin | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |

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

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

	aldrig/sällan/1-2 ggr per vecka	dagligen/flera ggr per vecka
Grönsaker (under senaste veckan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruktar och bär (under senaste veckan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gröt eller fullkornsbröd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk/fiskrätter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



HÄLSOVANOR forts.

	aldrig/sällan/1-2 ggr per vecka	dagligen/flera ggr per vecka
Chips och annat saltplock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sötsaker, kex, bulle m.m.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lemonad/sockrad saft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snabbmat (t.ex. pizza, hamburgare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOALETTVANOR

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

ÖNSKEMÅL

Önskemål som gäller hälsoundersökningen:
