|  |
| --- |
| **SKJEMA FOR HELSEPERSONELL: TIDLIG HELSEKARTLEGGING** |
| **Personer under 18 år, med 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/barnet vært på flukt? |  |
| Har du tidligere hatt opphold i flyktningmottak?  | 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 sammen med?*Behov for oppfølgingstiltak /kontrollere om det er adekvat omsorgsperson (menneskehandel?)* |
| 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?Har med journal eller helseopplysninger? Nyfødte: Behov for nyfødtscreening og/eller hørselscreening ? |
| **Bruker du/ barnet medisiner?** Hvilke? Behov for resepter? |
| **Har du/barnet plager fra munnen eller tennene?** Hvordan er evnev til å tygge/svelge? Har du/barnet tannregulering med fast apparatur?Har du/barnet smerter eller betennelser og akutt behov for tannhelsehjelp? |
| **Naturlige funksjoner;**Problemer ifht: urin, avføring, ernæring, matlyst, væskeinntak, vekttap, søvn?Menstruasjon (smerter, behov for bind/tamponger, informasjonsbehov)? |
| **Har du 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 barn under 6 år)* |
| **PSYKISKE SYMPTOMER OG TRAUMATISKE ERFARINGER –** **Spørsmål stilles når barnet 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 spesielt viktig at språket tilpasses alderen på barnet/ungdommen. 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. Spørsmål om tortur er ikke egnet for mindre barn i denne fasen men kan vurderes i møte med eldre barn/tenåringer, under forutsetning av trygge rammer. Det er viktig å huske at tortur/umenneskelig behandling som begreper er ukjent for de aller fleste barn/ungdommer.* *Deler av kartleggingen bør evt. skje med barnets ledsager/foresatt, uten barnet til stede, for å skåne barnet.** *Understrek hva som er vanlige reaksjoner etter traumatiske hendelser*
* *Fang opp behov for akutt psykisk helsehjelp*
* *Forklar at dette kun er en kartlegging for å avdekke behov for helsehjelp*
 |
| **KARTLEGGING AV TRAUMATISKE ERFARINGER OG PSYKISKE (droppe) SYMPTOMER** |
| 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 |  |
| 10. Har du behov for å snakke med noen om dette? (Hvis JA, informer om at en blir henvist videre) |
| **Undersøker:**  | **Sted:** | **Dato:** | **Signatur:** |
| **Oppsummering somatikk og psykisk helse: Behov for helsehjelp/legevurdering** |
| **Behov for akutt helsehjelp/legetilsyn:**-akutt /-innen 14 dager |  | **Oppfølging neste kommune/mottak** |  | **Ikke behov for oppfølging** |  |
| **Andre oppfølgingsbehov:**  |  |  |  |  |  |