|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SKJEMA FOR HELSEPERSONELL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIDLIG HELSEKARTLEGGING FLYKTNINGER/ASYLSØKERE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Personer over 18 år** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Etternavn: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fornavn: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Født: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D-nummer: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DUF: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kjønn: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Morsmål: |  | | | | | | | | | | | | Andre språk: | | | | |  | | | | | | | |
| Behov for tolk? Døvetolk? Foretrukket språk? | | | | | | | | | | | | | Ja | |  | | | | Nei | | | |  | | |
| **BAKGRUNNSINFORMASJON** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opprinnelsesland:  Oppholdsland siste tiden før flukt | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hvor lenge har du vært på flukt? | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Har du hatt opphold  i flyktningleir? | | Ja | | | | |  | | Nei | | |  | Hvis ja, hvilke land? | | | | | | | | | | | | |
| **FAMILIE/SOSIALT** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Samboer/ektefelle | |  | | | | | | | | | | | Familie i Norge | | | | | | Ja | | |  | Nei |  | |
| Barn i Norge | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  |  |  | |
| Barn utenfor Norge | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  |  |  | |
| Gravid? | Ja |  | Nei | | | |  | | Vet ikke | | | | Tidligere svangerskapskomplikasjoner | | | | | | Ja | | |  | Nei |  | |
| **SYKDOMMER/PLAGER/MEDISINER** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Har du akutt sykdom/plager?** Somatisk- psykisk sykdom? infeksjon? (hoste/feber/diare? Annet?)  Hvis ja, hvilke: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ja | | |  | Nei |  | |
| **Har du kronisk (varig) sykdom? –** Somatisk- psykisk sykdom? infeksjon? Smerter?  Hvis ja, hvilke: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Før ankomst Norge har du hatt helseoppfølging/plan for utredning/behandling?** Somatisk og/eller psykisk sykdom? Infeksjon?  Journal eller helseopplysninger? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bruker du medisiner?** – forbigående/fast?Prevensjon, annet?  Hvilke? (eventuelt nevne vanlige medisiner, og merk at det også kan inkludere metadon og opioider)  Behov for nye resepter? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Har du behov for hjelpemidler? (**ADL-funksjon)  Briller, høreapp, gåhjelpemidler etc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Har du plager fra tennene eller munnen? Hvordan er evnen til å tygge/svelge?**  Akutt behov for tannhelsehjelp? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Naturlige funksjoner;**  Spørre om ernæring, matlyst, vekttap, evt. behov for bleier, kateter. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Har du allergi?** | | | | | Ja | | |  | | Nei | | | |  | | | | | | Vet ikke | | | |  | |
| Hvis ja, hva slags allergi?  Alvorlig allergisk reaksjon?  Legemiddelallergier? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vaksiner:**  MMR vaksine?  Covid-19 vaksinasjon? Dato / vaksinasjon (er): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | |  |
|  | | | |  | |  | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | |  |
| **PSYKISKE SYMPTOMER OG TRAUMATISKE ERFARINGER**  *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 og bekymringer, eller sterke emosjonelle reaksjoner. 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.*   * Understrek i samtalen hva som er vanlige reaksjoner etter traumatiske hendelser * Fang opp behov for akutt psykisk helsehjelp * Forklar at dette kun er en kartlegging for å fange opp umiddelbare oppfølgingsbehov | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KARTLEGGING AV TRAUMATISKE ERFARINGER OG PSYKISKE 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 angst som påvirker din hverdag i stor grad? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ja | |  | | Nei |  | |
| 1. Har du sett noen bli utsatt for psykisk eller fysisk mishandling, tortur eller seksuelle overgrep? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ja | |  | | Nei |  | |
| 1. Har du tilbakevendende bilder eller tanker som det er vanskelig å bli kvitt? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ja | |  | | Nei |  | |
| 1. Har du problemer med å sovne/sove? Mareritt? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | |
| 1. Har du vært utsatt for tortur eller umenneskelig behandling   (hvis JA, informer om at en kan bli henvist videre) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ja | |  | | Nei |  | |
| 1. Har du behov for å snakke med noen om dette? (Hvis JA, informer om at en blir henvist videre) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ja | |  | | Nei |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Undersøker:** | | | | | | | | | **Sted:** | | **Dato:** | | | **Signatur:** | | | | | | | | | | | |
| **Behov for helsehjelp/legetilsyn:**  - akutt  - innen 14 dager | | | |  | | **Oppfølging neste kommune/mottak** | | | | | | | | | |  | **Ikke behov for oppfølging** | | | | | | | |  |
| **Andre oppfølgingsbehov:** | | | |  | |  | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | |  |