

## Hälsofrågor när barnet är 3 år

### Frågeformulär som besvaras av *vårdnadshavare*

Det här formuläret innehåller frågor om ditt barns hälsa och utveckling. Vi ber dig att besvara frågorna inför 3-årsbesöket på barnvårdscentralen (BVC). Besvara gärna frågorna tillsammans med den andra föräldern/vårdnadshavaren. Svaren på frågorna ligger till grund för samtalet på BVC.

**Ta med det ifyllda frågeformuläret till BVC-besöket.**

Barnets namn: \_\_\_\_\_

Barnets personnummer:

|   |   |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 2 | 0 |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Uppgiftslämnare: \_\_\_\_\_

# Frågor om ditt barn inför BVC-besöket

## Hur bedömer du ditt barns allmänna hälsotillstånd?

Mycket bra     Bra     Någorlunda     Dåligt     Mycket dåligt

## Har barnet någon funktionsnedsättning?

Nej     Ja. I så fall vad? \_\_\_\_\_

## Har ni sökt läkare för barnet vid andra tillfällen än vid ordinarie BVC-besök under de senaste tolv månaderna?

Nej     Ja. Om ja, antal gånger \_\_\_\_\_

### Om ja, för vad har ni sökt läkare?

- För infektioner, t.ex. öroninflammation, hög feber, diarré
- För olycksfall, skador
- För annan orsak. Vad? \_\_\_\_\_

## Har barnet varit inlagt på sjukhus under de senaste 12 månaderna?

Nej     Ja. Orsak \_\_\_\_\_    Antal dagar:

## Har läkare konstaterat att barnet har någon av följande sjukdomar?

Besvara med kryss för varje sjukdom

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Astma                                  | <input type="checkbox"/> Glutenintolerans       |
| <input type="checkbox"/> Allergisnuva                           | <input type="checkbox"/> Laktosintolerans       |
| <input type="checkbox"/> Allergiska ögonbesvär                  | <input type="checkbox"/> Födoämnesallergi eller |
| <input type="checkbox"/> Allergi mot pollen, pälsdjur, kvalster | Överkänslighet                                  |

## Barnet:

|  | Stämmer inte             | Stämmer delvis           | Stämmer helt             |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Deltar aktivt i låtsaslekar (spade blir flygplan, saftkalas osv.). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har svårt för ändrade rutiner.                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kan hålla sig till ämnet i ett kortare samtal.                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Stammar barnet?

Nej     Ja    Om ja, är barnet besvärat av sin stamning?     Nej     Ja

## Är det något i barnets hälsa eller utveckling

som oroar dig, vad? \_\_\_\_\_

som du vill diskutera, vad? \_\_\_\_\_

Var vänlig kryssa för de alternativ (Stämmer inte, Stämmer delvis eller Stämmer helt) som du tycker passar bäst. Det är värdefullt om du besvarar alla frågor, även om du inte är helt säker eller tycker att frågan verkar konstig. Frågorna gäller barnets beteende *de senaste 6 månaderna*.

|   | Stämmer<br>inte          | Stämmer<br>delvis        | Stämmer<br>helt          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Omtänksam, tar hänsyn till andra människors känslor                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rastlös, överaktiv, kan inte vara stilla länge                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Klagar ofta över huvudvärk, ont i magen eller illamående              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Delar gärna med sig till andra barn (t. ex godis, leksaker, pennor)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har ofta raseriutbrott eller häftigt humör                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>   |                          |                          |                          |
| Ganska ensam, leker eller håller sig ofta för sig själv               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Följer vanligtvis vuxnas uppmaningar                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oroar sig över mycket, verkar ofta bekymrad                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjälpsam om någon är ledsen, upprörd eller känner sig dålig           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Svårt att sitta stilla, rör och vrider jämt på sig                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>   |                          |                          |                          |
| Har minst en god vän (kamrat)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Slåss/bråkar ofta med andra barn eller mobbar dem                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ofta ledsen, nedstämd eller tårögd                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vanligtvis omtyckt av andra barn                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lättstörd, tappar lätt koncentrationen                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>   |                          |                          |                          |
| Nervös eller klängig i nya situationer, blir lätt otrygg              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Omtänksam mot yngre barn  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Säger ofta emot vuxna   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blir retad eller mobbad av andra barn                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ställer ofta upp och hjälper andra (föräldrar, lärare och andra barn) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>   |                          |                          |                          |
| Kan stanna upp och tänka sig för innan han/hon gör olika saker        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kan bete sig illa mot andra   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommer bättre överens med vuxna än med andra barn                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rädd för mycket, är lättskrämd  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fullföljer uppgifter, bra koncentrationsförmåga                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Sammantaget, tycker du att ditt barn har svårigheter på ett eller flera av följande områden: med känslor, koncentration, beteende eller med att komma överens och umgås med andra människor?**

Nej     Ja, små svårigheter     Ja, klara svårigheter     Ja, allvarliga svårigheter

© Robert Goodman, 2005