 **Konsultation BVC-sjuksköterska och skolsköterska vid barnavårdsutredning**

|  |
| --- |
| Barnets personnummer:       |
| Barnets för- och efternamn:       |
| Ansvarig socialnämnd och socialsekreterare:       |
| **Funktionsnedsättning/sjukdom/besvär**[ ]  Inga      [ ]  Tidigare problem/remisser       [ ]  Aktuella problem/kontakter      [ ]  Motorik, koncentration, samspel, språk/kommunikation av betydelse       |
| **Syn** höger:       Syn vänster:       Undersökningsdatum:       Åtgärd      **Hörsel** höger:       Hörsel vänster:       Undersökningsdatum:       Åtgärd      **Barnets längd och viktutveckling**: [ ]  Inga avvikelser [ ]  Avvikelser Kommentar       |
| **Följer barnet vaccinationsprogrammet?** [ ]  Ja [ ]  Nej (bifoga ev vaccinationsplan) [ ]  Avböjt **Har barnet följt rutinmässiga hälsobesök?** [ ]  Ja [ ]  Nej, uteblivit [ ] Nej, avböjt**Har barnet varit på hälsobesök det senaste året?** [ ]  Ja [ ]  Nej |
|  **Övrigt kring barnets hälsa och vardagssituation som är viktigt att känna till?**[ ]  **Skada av betydelse**      [ ]  **Traumatisk händelse av betydelse**      [ ]  **Familjesituation av betydelse**      [ ]  **Socialt av betydelse**      [ ]  **Övervikt/fetma**      [ ]  **Övrigt**       |
| **Underskrift BVC-sjuksköterska/skolsköterska****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Datum**       **Namnförtydligande**       **Telefon**       **Mail**       |