

BARNHÄLSOVÅRDSJOURNAL 1 - BHV 1

Personnr (12 siffror)

Efternamn, förnamn (tilltalsnamn understruket)

Adress

Tfn, bostad

Fax/E-post

Inskrivningsdatum (8 siffror)			FLICKA <input type="checkbox"/> Adoptivbarn		
MODER, personnr (12 siffror)			Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Namn			Barnets födelseland (ej Sverige)		
Födelseland (ej Sverige)			Modersmål (ej svenska)		
Yrke			tfn arbete Datum		
FADER, personnr (12 siffror)			Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Namn			Namn		
Födelseland (ej Sverige)			Modersmål (ej svenska)		
Yrke			tfn Datum		
FAMILJSITUATION 1=sammanboende föräldrar 2=ensamstående förälder			Nya adresser för barnet tfn Namn		
Datum Kod Kommentarer			Moders (M), Faders (F) adress, annan än barnets		
SYSKON Kod 1=hel-, 2M=halv- (Moderns barn), 2F=halv- (Faderns barn) F=Flicka, P=Pojke 3=adoptiv-, 4=fostersyskon. Död markeras med † och datum			Barnomsorg tfn Datum		
Född år, mån, dag Kön Namn Kod			Viktiga kontaktpersoner tfn		
Utskriven från Barnhälsovården Datum			Till Skolhälsovården, skolans namn		
Vårdnadshavare medger att denna journal får överföras till skolhälsovården Underskrift Datum					

Personnr (12 siffror)

Efternamn

Förnamn

Kön
Flicka ♀

0-2 år

55

Moder

Vikt kg	Längd cm	Huvudomf cm

Fader

Vikt kg	Längd cm	Huvudomf cm

Födelseuppgifter

Graviditetstid, veckor + dagar

Ålderskorrektion, veckor

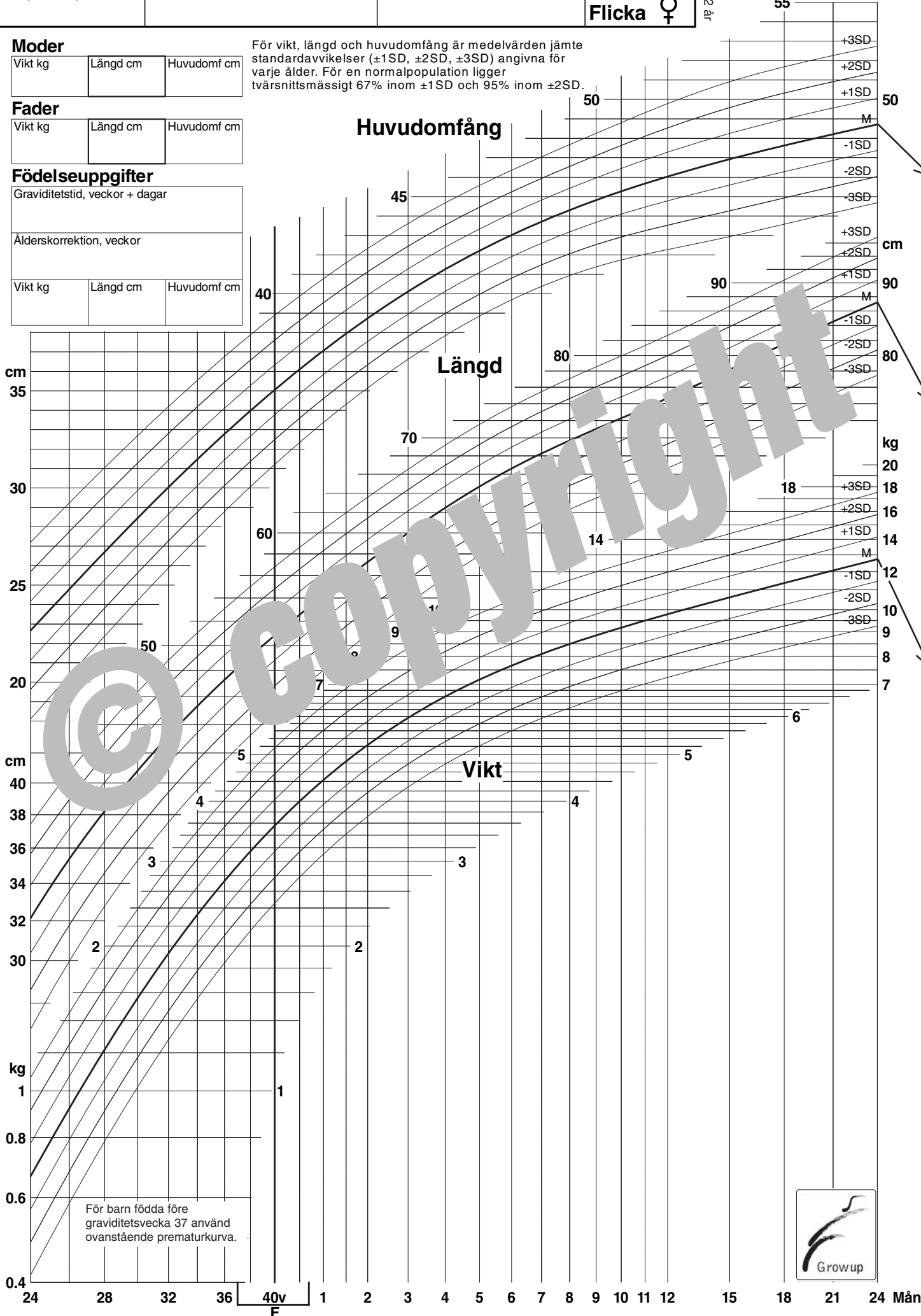
Vikt kg	Längd cm	Huvudomf cm

För vikt, längd och huvudomfång är medelvärden jämte standardavvikelser ($\pm 1SD$, $\pm 2SD$, $\pm 3SD$) angivna för varje ålder. För en normalpopulation ligger tvärsnittsmässigt 67% inom $\pm 1SD$ och 95% inom $\pm 2SD$.

Huvudomfång

Längd

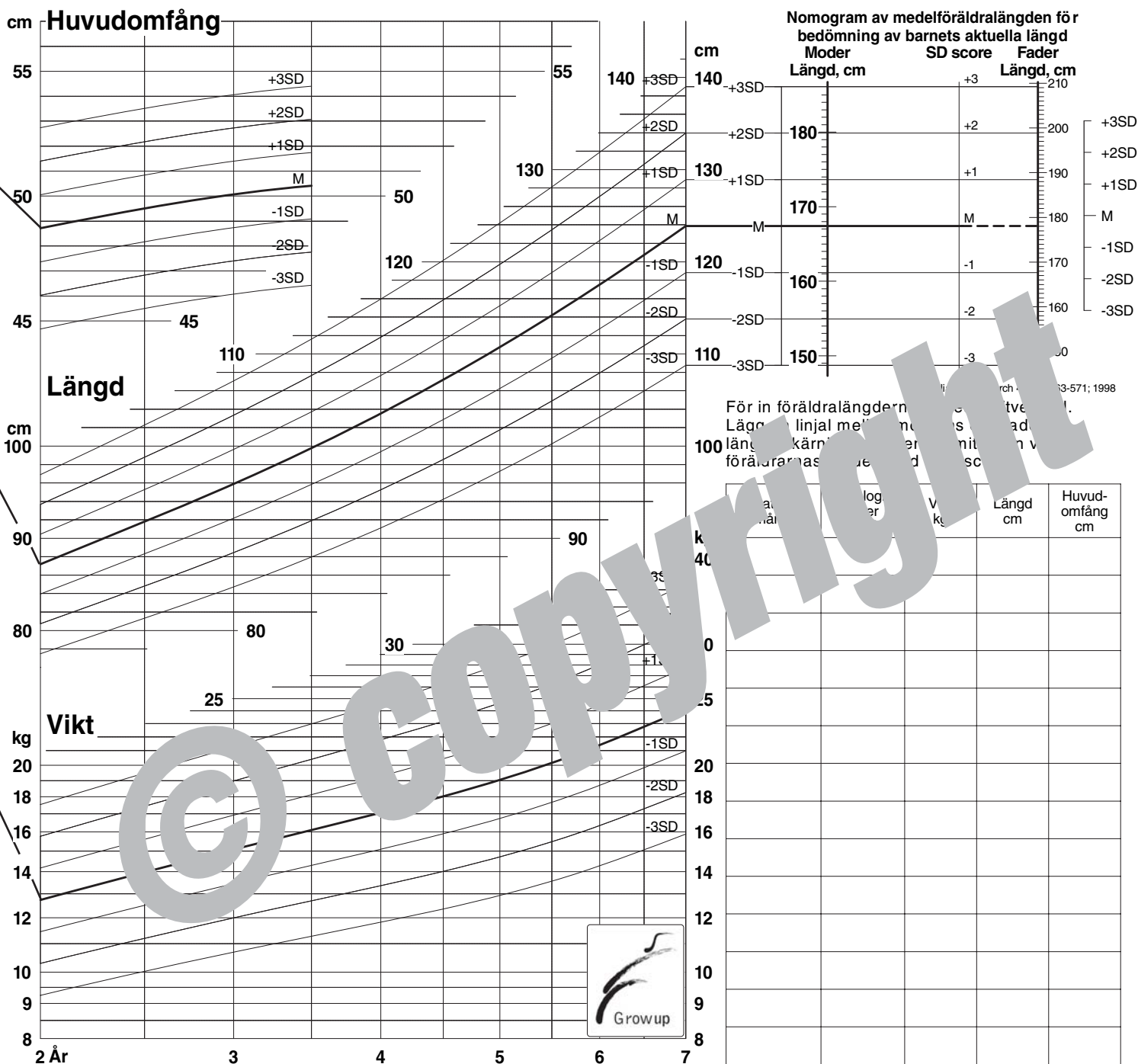
Vikt



För barn födda före graviditetsvecka 37 använd ovanstående prematurkurva.



Personnr (12 siffror)	Efternamn	Förnamn	Kön Flicka ♀
-----------------------	-----------	---------	-----------------



Tu-regel för avvikelser i längd- och viktutveckling!

De flesta barn växer parallellt med linjerna i diagrammet. Under det första levnadsåret kan dock en viss förflyttning mellan kanalerna ske, uppåt om barnet från början är kort och nedåt om barnet från början är långt.

Längd och vikt förändras normalt inte snabbare än vad som motsvarar en kanalbredd (1 SD) på 3 månader under det första året. Efter 2-årsåldern bör förändringen inte överskrida en halv kanalbredd per år. (Se råd och anvisningar).

Datum år, mån, dag	Kronologisk ålder år, mån	Vikt kg	Längd cm	Huvud- omfång cm

Uppföljning av utveckling Instruktioner för ifyllande, se nedan

Datum	Sign	Ålder	Grovmotorik	Finmotorik	Kommunikation och lek	Kognitiv utveckling	Språk	Hörsel	Syn	R=Remiss U=Uppfölj	
								Hö	Vä	Hö	Vä
		4 v	<input type="checkbox"/> Symmetrisk spontanmotorik		<input type="checkbox"/> Fixerar <input type="checkbox"/> Följer boll med blicken			(OAE)	(OAE)		
		6-8 v	<input type="checkbox"/> Håller upp huvudet i bukläge <input type="checkbox"/> Öppnar händerna		<input type="checkbox"/> Svarsleende <input type="checkbox"/> Svarsljud						
		6 mån	<input type="checkbox"/> Vänder runt <input type="checkbox"/> Drar sig upp mot sittande	<input type="checkbox"/> Flyttar föremål mellan händerna	<input type="checkbox"/> Tittar efter tappad leksak <input type="checkbox"/> Jollrar nyanserat						
		8 mån									
		10 mån	<input type="checkbox"/> Reser sig går utmed (möbler)	<input type="checkbox"/> Pincettgrepp	<input type="checkbox"/> Förstår enkla ord <input type="checkbox"/> Leker tittut <input type="checkbox"/> Slår två klossar mot varandra						
		18 mån	<input type="checkbox"/> Går säkert utan stöd	<input type="checkbox"/> Bygger torn av 2-3 klossar <input type="checkbox"/> Klotterritar	<input type="checkbox"/> Talar 8-10 ord <input type="checkbox"/> Förstår fler än 8-10 ord <input type="checkbox"/> Gömmalek	<input type="checkbox"/> Pekar ut kroppsdelar <input type="checkbox"/> Hämtar föremål på uppmaning					
		2 1/2-3 år	<input type="checkbox"/> Hoppar på hela fotsulan <input type="checkbox"/> Sparkar boll	<input type="checkbox"/> Cirkelklotter	<input type="checkbox"/> Talar 2-, 3-ordssatser <input type="checkbox"/> Lyssnar gärna på enkla rull	<input type="checkbox"/> Hämtar föremål på uppmaning					
		4 år	<input type="checkbox"/> Går balansgång	<input type="checkbox"/> Ritar huvudfoting <input type="checkbox"/> Trår pärlor på tråd	<input type="checkbox"/> Klipper ritar <input type="checkbox"/> Klipper ritar	<input type="checkbox"/> Talar 2-3 ordssatser <input type="checkbox"/> Lyssnar gärna på enkla rull <input type="checkbox"/> Hämtar föremål på uppmaning					
		5-6 år	<input type="checkbox"/> Hoppar på ett ben <input type="checkbox"/> Hoppar på ett ben	<input type="checkbox"/> Klipper ritar <input type="checkbox"/> Klipper ritar	<input type="checkbox"/> Talar 2-3 ordssatser <input type="checkbox"/> Lyssnar gärna på enkla rull <input type="checkbox"/> Hämtar föremål på uppmaning	<input type="checkbox"/> Hämtar föremål på uppmaning					

INSTRUKTION

För ifyllande av "Uppföljning av utveckling"

+ = uppvisad färdighet eller uppnådd färdighet

M = medelad färdighet

Vid avvikelser ange åtgärd:

Remiss/Uppföljning

För Språk-, Hörsel-, Synundersökningar ange metod

och slutligt resultat (efter ev omprövning) i ruta som

närmast svarar mot verklig ålder

0 = utan anmärkning

X = avvikelse, beskriv i löpande text

Hälsosamtal (markera med +)

Datum	Sign	Kost	Fysisk aktivitet	Barns utveckling	Lekmiljö, stimulans	Skadeprevention	Tänder	Rökning	Alkohol	EPDS-samtal	Annan

Föräldrastöd i grupp

Datum	Er- bjudits	Ej er- bjudits	Tackat nej	Deltagit Grupptyp 1 = 2 =	

Uppfödning	Månader												År				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	18	2	3	4	5
Bröstmjök																	
Modersmjölksersättn																	
Normalkost																	
Specialkost																	
D-vitamin																	
Annan																	

Hälsoproblem																	
Antibiotikabeh infekt																	
Olycksfall																	
Sjukhusvård																	
Eksem																	
Obstruk bronkit/Astma																	
Allergi																	
Uppfödning																	
Sömn																	
Beteende																	
Annat																	

Status																	
Datum																	
Sign																	
Allmänt intryck																	
Hud																	
Spontanmotorik																	
Grovmotorik																	
Finmotorik																	
Tonus - reflexmönster																	
Andningsorgan																	
Hjärta																	
Femoralispuls																	
Buk																	
Genital																	
Höfter																	
Skall																	
Ryggrad																	
Öga, syn																	
Öra, hörsel/vänster																	
Munhåla																	
Tänder																	
Annat																	

Diagnos för sjukdom/funktionshinder

Neonatalperiod	Förekomst i släkten	(X = ja, O = nej)	Rökning	(X=ja, O=nej, ?=vet ej)
<input type="checkbox"/> U a <input type="checkbox"/> Ej u a	Allergi	Moder <input type="checkbox"/> Fader <input type="checkbox"/> Syskon <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/>	Moder röker dagligen <input type="checkbox"/>	Fader röker dagligen <input type="checkbox"/>
Vårdad på neon.avd <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Före graviditeten <input type="checkbox"/>	Rökare i barnets hemmiljö <input type="checkbox"/>
PKU, utfört datum	Krampsjd	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Under graviditeten <input type="checkbox"/>	
Smittbärare, vad	Annan långvarig sjd	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0-4 veckor <input type="checkbox"/>	
Upphört, datum	Synnedstättning	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8 mån <input type="checkbox"/>	
	Hörselnedstättning	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	18 mån <input type="checkbox"/>	
	Läs - o skrivsvårigheter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 år <input type="checkbox"/>	
	Långvarig* medicinering	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Förekomst i släkten, kommentarer				

INSTRUKTIONER

För ifyllande av "Uppfödning" markera, i respektive ruta för uppnådd ålder, med streck (—) från början till dess den upphör.

* Minst 3 månader/år.

För ifyllande av "Hälsoproblem" markera förekomst med kryss (X), beskriv i löpande text.

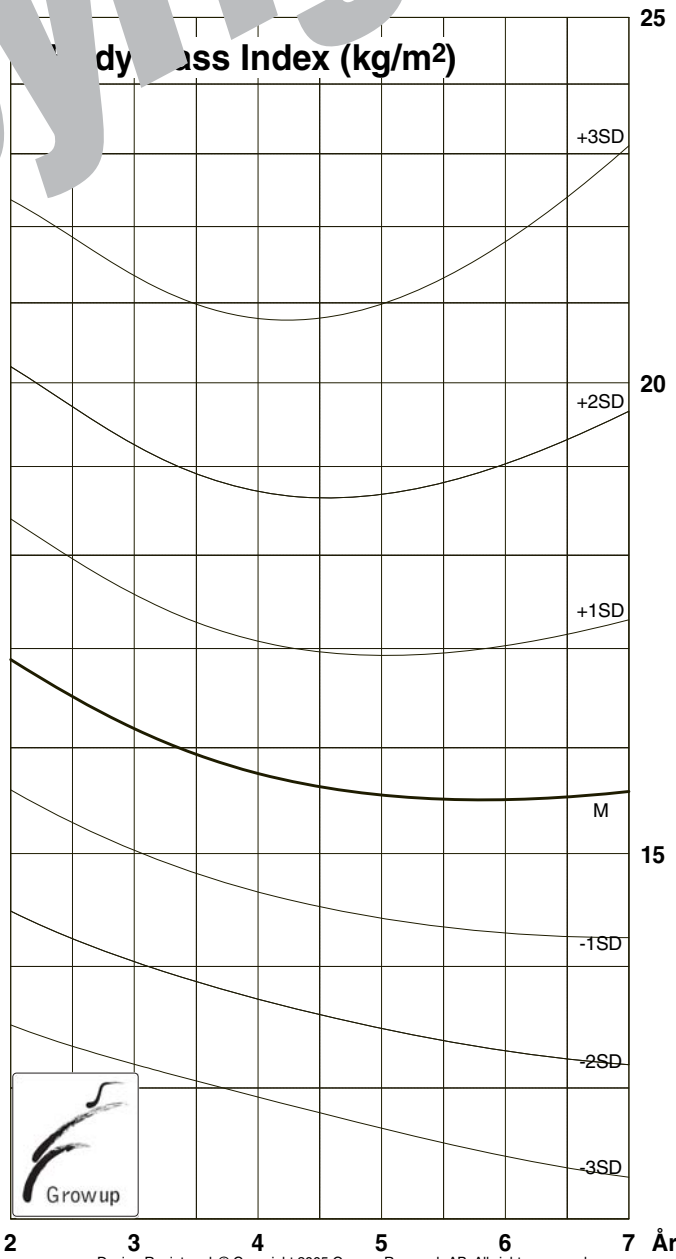
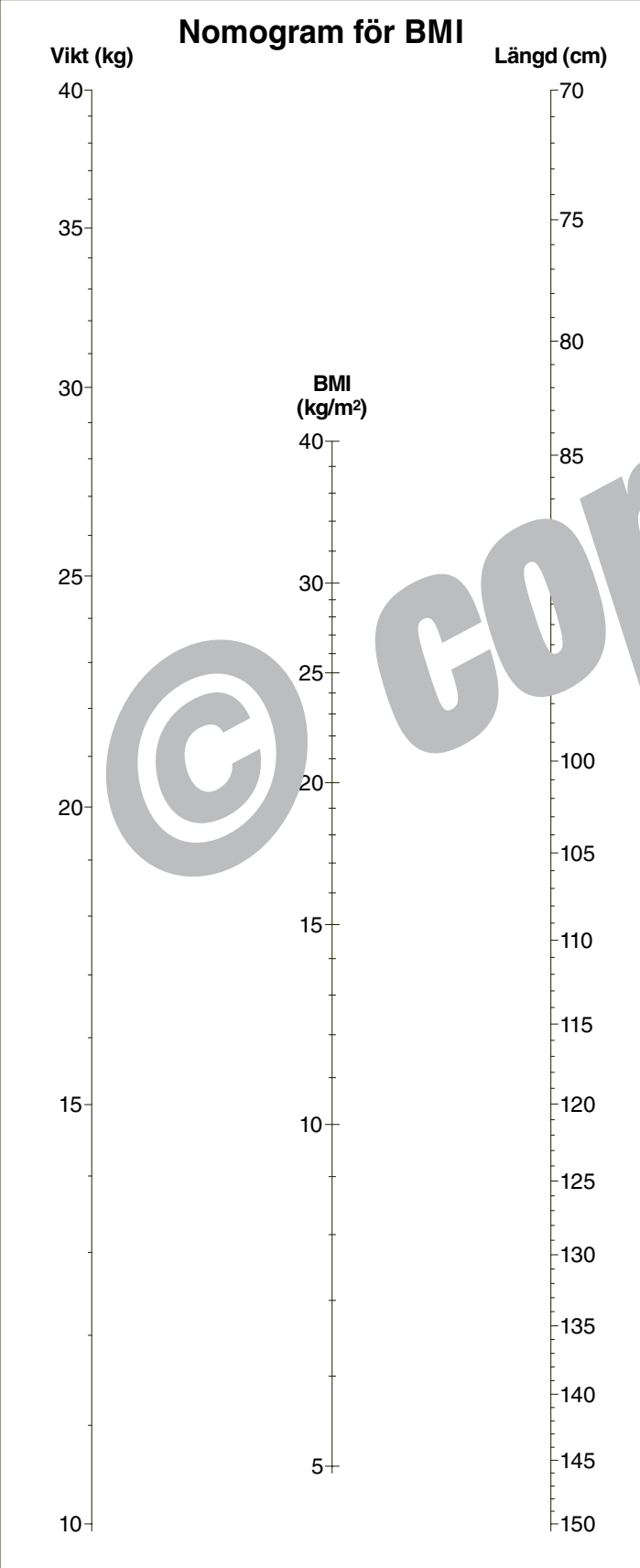
För ifyllande av "Status" i respektive ruta 0=normalfynd, X=Avvikelse, beskriv i löpande text.

Beräkning av BMI

BMI beräknas genom formeln: $\frac{\text{vikt (i kg)}}{\text{längd (i m)}^2}$

Man får fram värdet enklast genom att placera en linjal på nomogrammet vid barnets längd och vikt. BMI kan då avläsas på den mellersta skalan.

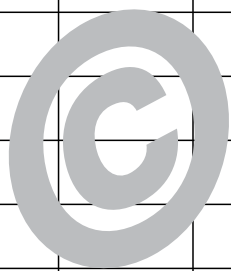
Datum år, mån, dag	Kronologisk ålder år, mån	Vikt kg	Längd cm	BMI kg/m ²



Signaturförklaring och yrke

KontakttypH = Hembesök
M = Mottagning
T = Telefon
F = Förskola
G = Grupp**Kontaktperson**L = Läkare
S = Sjuksköterska
D = Dietist
Hp = Hörselprövare
K = Kurator
Lo = Logoped
O = Ortopäst
P = Psykolog
Th = Tandhygienist
Tl = Tandläkare
Ts = Tandsköterska**Uppgiftslämnare**M = Moder
F = Fader
A = Annan**Sökord**HA = Hälsöanarnes
HS = Hälsostatus
ÅTG = Åtgärd
RES = Resultat
EPIKRIS

Kontakttyp/ -person	Datum	Ålder	Uppg- lämnare	Sökord	Text/Sign



© copyright

Vaccinationer inom barnhälsovården

Efternamn, förnamn (tilltalsnamn understruket)

Datum ÖKAD RISK (i barnets omgivning) för Tuberkulos Hepatit B _____ Sign

Datum Resultat, m m Sign Datum Resultat, m m Sign
PPD () T.U. PPD () T.U.

Läkarordination - Typ av vaccination (datera och signera)

Kontroll- indik 0=Nej X=Ja	Datum år mån dag	Vaccin/Varunamn	Satsnr	Adm ic/sc im/po	Plats			Vaccin mot (markera med kryss)											annan	Anmäl händelse												
					H=Hö V=Vä	1=Lär 2=Arm 3=Övr		Difteri	Tetanus	Pertussis	Polio	Hemofilius inf B	Pneumo- kocker	Morbilli	Rubella	Parotit	Tuber- kulos	Hepatit B		Nej Ja	Nej Ja											

Kommentarer (datera och signera)