

**PERSONALIA**

Etternavn		Fornavn	
Fødselsdato	Personnummer/D-nr./DUF-nr.		Kjønn
Morsmål/annet språk		Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Adresse		Telefonnummer	
Kontaktperson i kommunen		Lege/fastlege	

**BAKGRUNNSINFORMASJON**

Migrasjonstidspunkt	Landbakgrunn
Tidspunkt for ankomst Norge	Oppholdssted i Norge
Ev. transittland/opphold i flyktningeleir	
Belastninger før, under og etter migrasjon	
Oppholdsstatus	

**FAMILIE/SOSIALT**

Sivilstatus	Barn (kjønn, født år)
Familie i Norge/hjemland/andre land (og evt. kontaktinformasjon til familie i Norge)	
Utdanning/antall år med skolegang/arbeid	

**GRAVIDITET**

Er du gravid? <input type="checkbox"/> Ja Termin: ..... <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke	
Bruker du prevensjon? Hvis ja, hvilken type?	Trenger du prevensjon? Hvis ja, hvilken type?

**SYKDOMMER/PLAGER/MEDISINER**

Har du noen kjent sykdom (somatisk/psykisk/smittsom infeksjonssykdom)?	
Har du tidligere hatt noen sykdom (somatisk/psykisk/smittsom infeksjonssykdom)?	
Bruker du, eller skulle du brukt, noen medisiner fast? Hvis ja, oppgi hvilke?	
Har du problemer med syn eller hørsel? (Eventuelt undersøkes nærmere på neste side)	
Har du plager fra tennene eller i munnen?	
Har du noen av disse plagene? <input type="checkbox"/> diaré <input type="checkbox"/> langvarig hoste <input type="checkbox"/> større vekttap/avmagring <input type="checkbox"/> konsentrasjonsvansker <input type="checkbox"/> feber eller nattesvette <input type="checkbox"/> dårlig appetitt/ernæring <input type="checkbox"/> søvnproblemer <input type="checkbox"/> nedstemthet/tristhet i hverdagen Annet .....	

**ALLERGI**

Har du hatt noen alvorlig allergisk reaksjon?
---

**RUSMIDLER**

Bruker du rusmidler? Hvis ja, oppgi hvilke?
---

# Helseundersøkelsen

Det gjøres en enkel undersøkelse for å vurdere allmenn helsetilstand. Eventuelt undersøke syn og hørsel.  
Mest aktuelle prøver: Hemoglobin, Ferritin, Urin stix (blod, hvite, protein), graviditetstest, blodsukker og Vit D.  
Personer med tegn på sykdom må undersøkes av lege.

## SMITTSOMME SYKDOMMER

Sjekk at [tuberkuloseundersøkelse ved ankomst](#) er gjennomført hos de som har plikt i dette, og at resultatene er fulgt opp. Hvis ikke: henvis.

### TEST TILBYS:

- 1) ved symptomer eller mistanke om sykdom
- 2) personer fra land med høy forekomst (se [landlister](#) fra Folkehelseinstituttet)
- 3) følgende risikogrupper:

Tuberkulosesykdom (se [henvisningsskjema](#))

- nærkontakt med person med smittsom lungetuberkulose siste 2 år
- nedsatt immunforsvar grunnet sykdom eller medisinsk behandling

Hiv, syfilis og hepatitt

- menn som har sex med menn
- personer som tar stoff med sprøyter
- sexarbeidere
- blodproduktmottakere
- utsatt for seksuelle overgrep/voldtatt

Mest aktuelle prøver: IGRA/Mantoux, Rtg thorax, Hiv, Hepatitt B (HBsAg, anti-HBs og anti-HBc), Hepatitt C (HCV antistofftest + evt HCV RNA), Syfilis (TPPA, TPHA og EIA IgG/IgM) (ikke av barn).

Ved tegn til/opplysninger om aktuelle symptomer bør det henvises til lege for andre prøver som for eksempel tarmparasitter, tarmpatogene bakterier, MRSA, malaria, schistosomiasis o.a.

## PRØVESVAR

PRØVE	Dato	Prøvesvar

## VURDERING AV HELSETILSTAND

### BEHOV FOR UTREDNING OG OPPFØLGING

IVERKSATTE TILTAK    Henvist fastlege:  Ja  Nei    Henvist til spesialisthelsetjeneste:  Ja  Nei

## Vaksiner

### BARN I GRUNNSKOLEALDER:

Barn i grunnskolealder skal snarest mulig, og senest 3 måneder etter ankomst til landet, tilbys oppvaksinering i henhold til det norske barnevaksinasjonsprogrammet

Konsultasjon ved helsestasjon gjennomført:	Dato	Sted	Signatur

### ETTER GRUNNSKOLEALDER

MMR- vaksine bør tilbys alle som ikke er sikkert fullvaksinerte eller har gjennomgått sykdommene, og som ikke er gravide eller har annen kontraindikasjon. Dette er mest aktuelt for de som er under 40 år, fordi de fleste over denne alderen er immune.

Voksne, uavhengig av alder, bør tilbys IPV-vaksine hvis de ikke er sikkert fullvaksinert eller det foreligger kontra indikasjon.

MMR- og IPV-vaksine sendes ut kostnadsfritt av Folkehelseinstituttet. Behov for ytterligere oppvaksinering bør tas stilling til ved bosetting.

VAKSINE	Gitt dato	Sted	Signatur	Merknad

Det er meldeplikt til det nasjonale vaksinasjonsregisteret (SYSVAK) for alle vaksinasjoner gitt i barnevaksinasjonsprogrammet. For vaksinasjoner gitt utenom barnevaksinasjonsprogrammet er det krav om samtykke fra den vaksinerte før registrering i SYSVAK.

# Kartlegging av traumatiske erfaringer og psykiske symptomer

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.

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.

TRAUMATISKE ERFARINGER (Basert på Harvard Trauma Questionnaire og PTSS – 10)

	Ja	Nei
1. Har du vært utsatt for fysisk vold?		
2. Har du vært vitne til tortur?		
3. Har du vært utsatt for tortur?		
4. Har du vært vitne til drap?		
5. Har du vært tvunget atskilt fra familien?		
6. Har du levd i dekning?		
7. Har du opplevd krig?		
8. Har du opplevd andre ekstreme påkjenninger?		
9. Har du vært i livsfare?		

På bakgrunn av det som er fortalt spørre om eventuelle symptomer.

## PSYKISKE SYMPTOMER

	Ja	Nei	Hvis ja, hvor ofte
1. Har du søvnproblemer?			
2. Har du mareritt?			
3. Føler du deg ofte trist i hverdagen?			
4. Reagerer du mer på lyder og brå bevegelser nå enn tidligere?			
5. Isolerer du deg? Vil du helst være alene?			
6. Bli du lettere irritert nå enn tidligere?			
7. Opplever du at følelsene svinger mye opp og ned?			
8. Er du redd for steder eller situasjoner (lyder/lukter) som minner om noe du har opplevd?			
9. Er du anspent i kroppen?			
10. Føler du at mye er håpløst?			
11. Har du nedsatt matlyst?			

## FUNKSJON

Påvirker symptomene du beskriver din evne til å fungere i hverdagen?

## IDENTIFISERING AV RISIKOPERSONER UT FRA SVAR PÅ «PSYKISKE SYMPTOMER»

- HØY RISIKO: 6 eller flere JA-svar + ja på funksjonsspørsmålet
- MODERAT RISIKO: 3 til 5 JA-svar + ja på funksjonsspørsmålet
- LITEN RISIKO: 0 til 2 JA-svar + nei på funksjonsspørsmålet

## BEHOV FOR VIDERE OPPFØLGING

Har du noen å snakke med når du har behov for det?	Tror du det vil hjelpe å snakke med noen om dette?
--	--

## VURDERING AV PSYKISK HELSETILSTAND

# Kartlegging av traumatiske erfaringer og psykiske symptomer

## BEHOV FOR UTREDNING OG OPPFØLGING

IVERKSATTE TILTAK	Henvist fastlege <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Henvist til spesialisthelsetjeneste <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Bør følges opp senere <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
UNDERSØKER:	Dato	Sted	Signatur