

Lathund vid hembesök nyfödd

Barnets namn			Födelsedatum	Inskrivningsdatum
Födelsevikt	Lägsta vikt	Utskrivningsvikt	Födelselängd	Huvudomfång
Aktuell vikt			Aktuellt huvudomfång	Datum
Vårdnadshavare 1 personnr	Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Födelseland	Språk
Namn			Yrke	Tel. arb
Adress			Familjesituation <input type="checkbox"/> 1=Sammanboende föräldrar 2=Ensamstående föräldrar 3=Annan	Tolkbehov <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Språk _____
Vårdnadshavare 2 personnr	Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Födelseland	Språk
Namn			Yrke	Tel arb
Adress			Familjesituation <input type="checkbox"/> 1=Sammanboende föräldrar 2=Ensamstående föräldrar 3=Annan	Tolkbehov <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Språk _____
SYSKON Kod 1=hel, Moder=2M, Fader=2F, Adoptiv=3				
Född		Namn		
Vill ni aktivera sms-påminnelse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Mobilnummer		
Viktiga kontaktpersoner				Telefon

Förekomst i släkt						Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2	Syskon	Annan	Kommentar
Allergi		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Diabetes		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Krampsjukdom		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Annan långvarig sjukdom		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Synnedläggelse		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Hörselnedsättning		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Läs o skrivsvårigheter		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Långvarig medicinering		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Rökning före graviditet	Vårdnadshavare 1	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej					
	Vårdnadshavare 2	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej					
	Annan	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej					
Rökning under graviditet	Vårdnadshavare 1	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej					
	Vårdnadshavare 2	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej					
	Annan	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej					
Rökning 0-4 veckor	Vårdnadshavare 1	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej					
	Vårdnadshavare 2	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej					
	Annan	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej					
Längd	Vårdnadshavare 1		Vårdnadshavare 2		Graviditetstid					
	cm		cm		veckor dagar					
Tbc-risk	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	Metabolisk screening	Datum	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
OAE	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	Informerat om & delat ut D-droppar	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	

Föräldrastöd i grupp

Datum	Erbjudits	Ej erbjudits	Tackar nej
Vårdnadshavare 1			
Vårdnadshavare 2			

Hälsosamtal (markera med +)

Datum	
Kost + nutrition	
Fysisk aktivitet	
Barns utveckling	
Lekmiljö, stimulans	
Skadeprevention	
Tänder	
Rökning	
Alkohol	
SIDS (Plötslig spädbarnsdöd)	
AHT (Abusive Head Trauma)	
Annan (t.ex om nedstämdhet i samband med barnafödande, info. till adoptivföräldrar mm.)	

Anteckningar:

.....

.....

.....

.....

.....