

معاینه اولیه سلامت کودکان مدرسه‌ای و جوانان متقاضی پناهندگی

اطلاعات پیشین (تاریخچه و سوابق بیمار)			
نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	شماره ثبت اقامت:	کشور محل تولد: متولد کدام کشور هستید؟ کشور تولد را وارد کنید / اطلاعاتی وجود ندارد
خانواده: خانواده شما شامل چه کسانی هستند و با چه کسانی زندگی می‌کنید؟ آیا در ساختار خانواده شما تغییری ایجاد شده است؟		عواملی که خانواده را تحت فشار قرار می‌دهد: آیا در حال حاضر خانواده شما با مسائل سنگین یا چالش برانگیزی مانند از دست دادن، مشکلات یا سختی‌هایی روبه‌رو است؟	
سواد: چقدر خوب می‌توانید بخوانید؟ من می‌توانم انواع متن را بخوانم / من می‌توانم متن ساده را بخوانم / می‌توانم نام‌ها، کلمات و جملات بسیار ساده را بخوانم / نمی‌توانم بخوانم		سالهای تحصیلی: چند سال شما به مدرسه رفته‌اید؟	
مناطق اقامت: قبل از آمدن به فنلاند در کدام کشورها اقامت داشته‌اید؟ کشورهایی را که در آن اقامت داشته‌اید ثبت کنید		شرایط: آیا در خیابان، در کمپ پناهندگان، در یک مرکز پذیرش زندگی کرده‌اید یا در بازداشتگاه یا زندان بوده‌اید؟ آیا در خیابان، در کمپ پناهندگان، در یک مرکز پذیرش زندگی کرده‌اید یا در بازداشتگاه یا زندان بوده‌اید؟	

آیا شما نیز مانند همسالان خود رشد و توسعه یافته‌اید؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد

سلامتی ادراک شده: در حال حاضر چه احساسی نسبت به سلامتی خود دارید؟ خیلی خوب / خوب / رضایت بخش / ضعیف / خیلی ضعیف	بیماری‌ها: آیا بیماری یا مشکلات سلامتی طولانی مدت دارید؟ بیماری‌ها می‌توانند برای مثال فشار خون بالا، افسردگی، بیماری قلبی یا آلرژی باشند. ثبت بیماری‌ها / خیر / بدون اطلاع
تاریخچه سل: آیا شما، یکی از اعضای خانواده یا یکی از نزدیکانتان در گذشته به بیماری سل مبتلا بوده‌اید؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد	بخش‌های بیمارستانی و جراحی آیا معاینات یا درمان‌های مهم، بستری شدن در بیمارستان یا عمل‌های جراحی داشته‌اید؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد
دارو: در حال حاضر از چه داروهایی استفاده می‌کنید؟ آیا دارویی برای شما تجویز شده است که در حال حاضر مصرف نمی‌کنید؟	

وضعیت سلامت فعلی	علائم بیماری: آیا در یک ماه گذشته علائم یا بیماری‌هایی داشته‌اید؟ علائم می‌تواند به عنوان مثال، دندان درد، سر یا کمر درد، معده درد، علائم پوستی یا کاهش وزن ناخواسته باشد. بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد
توانایی فعالیت: آیا مشکل سلامتی شما را در فعالیت‌های روزانه محدود می‌کند؟ محدود نمی‌کند / محدود می‌کند، اما نه شدید / به شدت محدود می‌کند	سرفه‌ها: آیا در یک ماه گذشته سرفه‌ای داشته‌اید که باعث تولید مخاط یا خون شده باشد؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد

بینایی: آیا مشکل بینایی دارید که مانع از انجام فعالیت های روزمره شما شود؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد	شنوایی: آیا مشکل شنوایی دارید که مانع از انجام فعالیت های روزمره شما شود؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد
--	--

رفاه روانی	تجربیات آسیب های روانی: گاهی اوقات اتفاقاتی برای افراد می افتد که بسیار تکان دهنده است و همچنین می تواند اثرات طولانی مدتی بر سلامت و تندرستی داشته باشد. من در ادامه در مورد چند تجربه از این دست از شما می پرسم. آیا کودک یا جوان یک رویداد یا موضوع دشوار ذهنی یا جسمی را تجربه کرده است؟ چنین وقایعی ممکن است شامل تصادفات، موقعیت های خشونت آمیز و درگیری یا جدا شدن از قیم باشند. بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد
	صدمات: آیا جراحت ناشی از خشونت یا تصادف دارید؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد
	زندگی عاطفی: آیا شما یا فرزندتان مشکلات عاطفی دارید؟ مشکلات عاطفی عبارتند از تحریک پذیری، شادی، نگرانی، گوشه گیری، ترس یا افکاری که بهتر است مرده باشند. هیچ وقت / کمتر از یک بار در سال / سالانه / ماهانه یا هفتگی / روزانه / بدون اطلاع
	اختلالات رفتاری: آیا شما/فرزندتان مشکلات رفتاری دارید؟ چند وقت یکبار؟ مشکلات رفتاری شامل، برای مثال، رفتار پرخاشگرانه یا بی تفاوت و نافرمانی است که از رشد طبیعی منحرف می شود. هیچ وقت / کمتر از یک بار در سال / سالانه / ماهانه یا هفتگی / روزانه / بدون اطلاع
	بیش فعالی: آیا شما یا فرزندتان بیش فعالی و مشکلات توجه دارید؟ چند وقت یکبار؟ بیش فعالی و مشکلات توجه شامل، به عنوان مثال، ناتوانی در تمرکز، بیش فعالی، و تکانشگری است. هیچ وقت / کمتر از یک بار در سال / سالانه / ماهانه یا هفتگی / روزانه / بدون اطلاع

عادات بهداشتی	محصول توتون و دخانیات: آیا سیگار می کشید یا از سایر محصولات نیکوتین مانند سیگار الکترونیکی یا قلیان استفاده می کنید یا قبلاً سیگار می کشیدید و مصرف آن را متوقف کرده اید؟ تنباکو / ناس / سیگار الکترونیکی / دیگر
	مصرف الکل: آیا مشروبات الکلی مصرف می کنید؟ چند وقت یکبار؟ گزینه های پاسخ عبارتند از: روزانه / 3 تا 6 بار در هفته / 1 تا 2 بار در هفته / 7 تا 11 بار در سال / 4 تا 6 بار در سال / 1 تا 3 بار در سال / کمتر از یک بار در سال / اصلاً
	استفاده از مسکرات دیگر: آیا از مسکرات دیگری مانند حبشیش، کاتیا یا سایر مواد مخدر یا داروها به منظور نعشه شدن استفاده کرده اید؟ خیر / مواد افیونی / محرک ها / داروها های خواب آور یا آرام بخش / توم زها / حلال ها / گاما یا لاکا (هرویین) / حبشیش / سایر / بدون اطلاعات
	رژیم غذایی: آیا از خوردن هر گونه غذایی در رژیم غذایی خود اجتناب می کنید؟ بدون لاکتوز یا کم لاکتوز / بدون گلوتن / رژیم گیاهخواری با محصولات لبنی و/یا تخم مرغ / رژیم گیاهخواری با ماهی / گیاهخواری / آلرژی به غلات / حساسیت به شیر / سایر آلرژی های غذایی / سایر رژیم های غذایی خاص
	مشکلات خواب: آیا در ماه گذشته مشکلاتی مانند مشکل به خواب رفتن یا بیدار شدن چندین بار در طول شب داشته اید؟ مشکل در به خواب رفتن / مشکل در خواب ماندن / بیدار شدن خیلی زود در صبح / اختلال در ریتم شبانه روزی / خستگی در طول روز / سایر اختلالات خواب

سلامت جنسی و باروری	شروع قاعدگی: آیا قاعدگی شما شروع شده است؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد	مشکلات مربوط به قاعدگی: آیا با دوره های قاعدگی خود مشکل دارید؟ هیچکدام / درد از اردهنده هنگام قاعدگی / قاعدگی شدید / قاعدگی نامنظم / سایر شکایات
	بارداری: آیا شما باردار هستید؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد	تعداد بارداری: آیا تا به حال باردار شده اید؟ اگر بله چند بار؟
	تعداد زایمان ها: آیا زایمان کردی؟ اگر بله چند بار؟	
در مرحله بعد، من در مورد شرکای جنسی سوال می پرسم. به این ترتیب می توانیم در مورد اینکه آیا شما به اطلاعات، آزمایش ها و درمان مرتبط با این مسائل نیاز دارید یا خیر صحبت کنیم. مهم است که شما با توجه به موقعیت خود به سوالات پاسخ دهید بدون اینکه به آنچه در جامعه خود پذیرفته شده است فکر کنید. در فنلاند، شما نمی توانید بر اساس تمایلات جنسی یا رفتار جنسی، علیه کسی تبعیض قائل شوید.		

رابطه جنسی: آیا تا به حال رابطه جنسی داشته اید؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد		فعالیت جنسی: آیا در سال گذشته رابطه جنسی داشته اید؟ هیچ گونه رابطه جنسی / رابطه جنسی با جنس مخالف / رابطه جنسی با همجنس / نمی خواهد بگوید
تعداد شرکای جنسی: در سال گذشته با چند نفر رابطه جنسی داشته اید؟ فقط یکی / 1 / بیشتر از 10 / نمی خواهم بگویم		پیشگیری: آیا برای پیشگیری از بارداری یا بیماری های مقاربتی به روش های پیشگیری از بارداری نیاز دارید؟ بدون نیاز یا استفاده / نیاز است اما استفاده نمی شود / برای پیشگیری از بارداری استفاده می شود / نمی خواهد بگوید از پیشگیری از بارداری استفاده می کند / نمی خواهد بگوید
ختنه: در برخی از کشورها، دختران/پسران ختنه می شوند که می تواند اثراتی برای سلامتی داشته باشد. آیا شما ختنه شده اید؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد.	ختنه والدین (سوال برای سرپرست): آیا مادر/پدر کودک یا جوان ختنه شده است؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد	قصد ختنه کردن (سوال برای سرپرست): آیا به ختنه کردن فرزندتان فکر کرده اید؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد
سایر اطلاعات اولیه		

اطلاعات ریسک (مثلا آلرژی دارویی)

وضعیت فعلی (وضعیت)		
پوست: آیا در معاینه پوست چیز غیر طبیعی وجود دارد؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد.	معاینه دهان: آیا در معاینه دهان چیز غیر طبیعی وجود دارد؟ بله / خیر / اطلاعاتی وجود ندارد	سایر ملاحظات در مورد وضعیت فعلی

اندازه گیری های فیزیولوژیکی		
فشار خون و ضربان قلب:		دمای بدن:
وزن، کیلوگرم: آیا در یک سال گذشته تغییری در وزن شما ایجاد شده است؟	طول، سانتی متر:	شاخص توده بدنی

واکسیناسیون ها	
واکسیناسیون های قبلی: شما قبل از آمدن به فنلاند چه واکسن هایی دریافت کرده اید/آیا فرزندان دریافت کرده است؟ بدون واکسن / برخی از واکسن ها / همه واکسن ها در کشور مبدأ	
اطلاعات واکسیناسیون: واکسن های داده شده ثبت می شوند	

برنامه ریزی	
برنامه ریزی ادامه درمان:	
ادامه درمان و آزمایشهای تکمیلی: رادیوگرافی قفسه سینه / آزمایش های غربالگری خون / معاینه اولیه سلامت توسط پزشک / پرستار VOK / پزشک / دندانپزشک / مرکز بهداشت خانواده (نویلا) / بهداشت مدرسه یا دانشجویی / مددکار اجتماعی / سایر ارجاعات یا وقت دهی	

راهنمایی: خدمات درمانی / داروهای خود درمانی / سلامت روان / سلامت مبتنی بر جنسی و باروری / SELI / تغذیه / سلامت دهان و دندان / سایر راهنمایی ها	
رضایت برای واگذاری اطلاعات: رضایت / رضایت محدود / عدم رضایت	رضایتنامه برای تامین رضایت / رضایت محدود / عدم رضایت
امضا:	