

Lomake tuen tarpeen selvittämiseksi opiskelijan vanhemmalle

Lomakkeen tarkoituksena on toimia kokonaistilanteen hahmottamisen ja tuen tarpeen selvittämisen apuvälineenä. Lomake käydään läpi ammattilaisen kanssa keskustellen.

Lomakkeen täyttäjät: _____

Lapsi

Nimi	Henkilötunnus	
Kodin kieli/kielet	Koulu	Luokka

Vanhemmat/huoltajat

Nimi	Puhelinnumero
Nimi	Puhelinnumero

Perhetilanne

<p>Lapsi asuu</p> <p><input type="checkbox"/> kahden vanhemman kanssa</p> <p><input type="checkbox"/> yhden vanhemman kanssa</p> <p><input type="checkbox"/> vuoroasuminen</p> <p><input type="checkbox"/> itsenäinen asuminen</p> <p><input type="checkbox"/> muu järjestely, mikä?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Muutokset perherakenteessa</p> <p><input type="checkbox"/> ei muutoksia</p> <p><input type="checkbox"/> avo- /avioero vuonna _____</p> <p><input type="checkbox"/> yhteishuoltajuus</p> <p><input type="checkbox"/> yksinhuoltajuus</p> <p><input type="checkbox"/> uusi avo-/avioliitto vuonna _____</p> <p><input type="checkbox"/> muu, mikä? _____</p>
Tapaamis-/ vuoroasumisjärjestelyt, vanhempien asuessa erillään	
Lapsen sisarukset (etunimet ja syntymävuodet)	
Muut perheeseen tai samaan talouteen kuuluvat henkilöt	

Nuoren terveys ja hyvinvointi

Millaiseksi arvioitte lapsenne nykyisen terveydentilan? <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> keskinkertainen <input type="checkbox"/> huono
Onko lapsellanne todettu jokin pitkäaikainen (fyysinen tai psyykinen) oire, sairaus tai vamma? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> kyllä: _____ Hoitotaho: _____
Onko lapsellanne jokin lääkitys käytössä? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> kyllä, lääkitys: _____

Onko lapsenne terveydentilassa ollut kuluneen puolen vuoden aikana toistuvasti haasteita, joista olette huolissanne? _____ _____
Onko lapsenne oireita selvitelty tarkemmin tai oletteko saaneet niihin tukea?
Onko lapsenne lähisuvussa todettu neuropsykiatrisia häiriöitä? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä: _____
Onko lapsenne lähisuvussa todettu mielenterveyshäiriöitä? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä: _____
Oletteko havainneet lapsellanne <input type="checkbox"/> aistilyherkkyyttä <input type="checkbox"/> aistialherkkyyttä <input type="checkbox"/> aistimushakuisuutta <input type="checkbox"/> aistimusten välttelyä
Kuvaile lapsenne haasteita, jotka huolettavat sinua eniten. Kuinka pitkään olet ollut niistä huolestunut? _____ _____ _____
Kuvaile lapsenne vahvuuksia _____ _____

Arkitoiminnot ja arjen sujuvuus

Miten lapsenne nukkuu yönsä? Mihin aikaan hän menee nukkumaan arki-iltaisin, entä viikonloppuisin?

Kuinka paljon lapsenne liikkuu päivittäin (koulumatkat ja koululiikunta, ulkoilu, liikuntaharrastukset)?

Oletteko huolissanne ajasta, jonka lapsenne viettää digilaitteiden ääressä?

Jääkö lapseltanne jotain tekemättä digipelaamisen tai kännykän käytön vuoksi?

Miten lapsenne viettää vapaa-aikaansa?

Onko lapsellanne kavereita opintojen parissa ja vapaa-ajalla? Miltä kaverisuhteet näyttävät?

Syökö lapsenne päivittäin aamupalan, kouluruoan/lounaan, välipalan, päivällisen ja iltapalan? Jääkö jokin ateria usein välistä?

Miten lapsenne suoriutuu aamu- ja iltatoimista sekä siirtymätilanteista? Tarvitseeko hän niissä apua?

Koulunkäynti

Miten lapsenne opinnot mielestänne sujuu? _____

Miten lapsenne suhtautuu opintoihinsa? _____

Tuetaanko lastanne mielestäsi riittävästi opinnoissa? _____

Perheen hyvinvointi

Onko perheessänne			
• tapana kannustaa ja antaa positiivista palautetta?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Harvoin
• turvallista kaikille?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Harvoin
• yleensä sopuisa ilmapiiri?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Harvoin
• tapana jutella päivän tapahtumista?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Harvoin
• yhteisesti sovitut säännöt?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	
Miten perheessänne ratkaistaan tilanteet, joissa nuori on rikkonut sovittuja sääntöjä tai vastustaa vanhempien ohjeita?			

Kuvaillkaa lapsenne sisarusuhteita.			

Lapsen hyvinvointiin ja kouluselviytymiseen vaikuttavat kaikki perheen huolet, voimavaroja vievät asiat ja muutokset. Onko perheessänne			
• jaksamisvaikeuksia, uupumista tai masennusta?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Ei
• turvattomuutta tai väkivaltaisuutta?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Ei
• päihdeongelmia tai -riippuvuutta?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Ei
• ongelmia perheenjäsenten välisissä suhteissa?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Ei
• surua tai menetyksiä?	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Joskus	<input type="checkbox"/> Ei
• jotakin muuta ajankohtaista? _____			
Miten koette vanhempana jaksavanne tällä hetkellä?			

Tämänhetkinen tuki

Saako lapsenne tai perheenne tukea tällä hetkellä?	
<input type="checkbox"/> Opiskeluhollosta (terveydenhoitaja, kuraattori, psykologi)	
<input type="checkbox"/> Nuorten mielenterveys- ja päihdetiimistä /Nuorisovastaanotolta	
<input type="checkbox"/> Varhaisen tuen palveluista (perhetyö, kotipalvelu, lapsiperhesos.työ)	
<input type="checkbox"/> Perheneuvolasta	<input type="checkbox"/> Nepsy-valmentajalta
<input type="checkbox"/> Toiminta- puhe- tai fysioterapeutilta	<input type="checkbox"/> Tukiperheeltä tai tukihenkilöltä
<input type="checkbox"/> Lastensuojelusta	<input type="checkbox"/> KELA:n kuntoutuksena

Päiväys	Täyttäjän allekirjoitus/täyttäjien allekirjoitukset
_____	_____

