Astrid Lindgrens Barnsjukhus vid Karolinska Universitetssjukhuset

Ssk Årskontroll 10-13 år

Namn:
***Datum*:**

Frågor om din hälsa

Äter du frukost?

☐ Aldrig ☐ Ibland ☐ För det mesta ☐ Varje dag

Äter du lunch under skoldagen?

☐ Aldrig ☐ Ibland ☐ För det mesta ☐ Varje dag

Äter du middag?

☐ Aldrig ☐ Ibland ☐ För det mesta ☐ Varje dag

När går du och lägger dig under skolveckorna?

☐ Efter 22 ☐ mellan 21-22 ☐ mellan 20-21 ☐ Före 20

Har du svårt att somna?

☐ Ja ☐ För det mesta ☐ Nej

Sover du gott?

☐ Nej ☐ Ja

Idrottar/rör du på dig på fritiden

☐ Aldrig ☐ 1-3 g/månaden ☐ 1-3 g/vecka ☐ 4-6 g/vecka

Deltar du aktivt på idrottslektionerna i skolan?

☐ Nej ☐ Ja

Har du ont i magen?

☐ Varje dag ☐ Flera gånger i veckan ☐ Ibland ☐ Aldrig

Har du ont i huvudet?

☐ Varje dag ☐ Flera gånger i veckan ☐ Ibland ☐ Aldrig

Känner du dig ledsen eller orolig?

☐ Ofta ☐ Ibland ☐ Nästan aldrig

Hur mår du oftast? Markera på skalan med ett kryss

Mycket dåligt_____Mycket bra
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Frågor om ditt sjukhusbesök

Kan och vågar du själv att ställa frågor när du kommer till sjukhuset? (t.ex. om hiv, kroppen, mediciner, provtagning)

☐ Stämmer inte alls ☐ Stämmer dåligt ☐ Stämmer delvis ☐ Stämmer helt

Här kan du skriva om det är något du något du funderar på, om du har några frågor:

_____

_____

_____

Vad är viktigt för dig att få prata om när du är på sjukhuset?

_____

_____

_____

Är det något som du önskar skulle vara annorlunda när du kommer till sjukhuset?

☐ Nej ☐ Ja

Här kan du skriva om det är något som du skulle vilja ändra på:

_____

_____

_____

Frågor om mediciner

Tar du hiv-mediciner?

☐ Ja ☐ Nej (om du har svarat Nej, fortsätt till sista frågan längst ned)

Vad heter dina hivmediciner?

_____

_____

Kommer du ihåg att ta dina mediciner själv?

☐ Ja ☐ Nej

Har du någon som påminner dig om att ta dina mediciner?

☐ Ja ☐ Nej

Upplever du några biverkningar (något som känns konstigt i kroppen) av dina hivmediciner?

☐ Ja ☐ Nej

Om ditt svar är Ja, beskriv gärna biverkningarna?

_____

_____

_____

Hur många gånger har du kommit ihåg att ta dina mediciner den senaste veckan?

☐ Alla gånger ☐ Missat 1-2 gånger ☐ Missat mer än 3 gånger

Är det något som är svårt med dina hivmediciner?

☐ Ja ☐ Nej

Om ditt svar är Ja, beskriv vad som är svårt

_____

_____

Tar du några andra mediciner (som inte är hivmediciner)?

☐ Ja ☐ Nej

Om du har svarat Ja, vad heter dessa mediciner?

_____

_____

Här kan du få rita dina mediciner:

Tack för din medverkan!