Kartlegging av barn 0 – 18 år når foreldre, søsken eller andre nærstående mottar helsehjelp

Bakgrunn for kartleggingen er Helsepersonellovens § 10a og 10b som pålegger helsepersonell å bidra med informasjon og nødvendig oppfølging til mindreårige barn som har foreldre eller søsken med alvorlig somatisk sykdom eller skade, psykisk sykdom eller rusmiddelavhengighet. Dette gjelder også barn som er etterlatte etter foreldre eller søsken. Barnehage, SFO og skole utfører også kartlegging i Vefsn kommune, dette for å sikre barn et helhetlig og godt tilbud. Formålet med kartlegging er å sikre at barn som pårørende rettigheter i henhold til lovverket.

Fyll ut ett skjema for hvert barn – journalføres

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Informasjon om pasient/bruker/den som har helseproblematikk** | | | |
| Navn: |  | Fødselsnr.: |  |
| Sivilstatus: |  | Kjønn: |  |
| Adresse: |  | Nasjonalitet: |  |
| E-post: |  | Telefon: |  |
| Hvor mange barn har pas.? |  | Venter barn? evt. når? |  |
| Annet: |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Informasjon om andre omsorgspersoner i husstanden** | | | |
| Er det andre omsorgspersoner i husstanden? Hvis ja; fyll ut nedenfor | | | |
| Navn: |  | Fødselsnr.: |  |
| Sivilstatus: |  | Kjønn: |  |
| Adresse: |  | Nasjonalitet: |  |
| E-post: |  | Telefon: |  |
| Relasjon til barnet: |  | | |
| Andre omsorgs-personer? |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Informasjon om barnet** (det skal fylles ut ett skjema for hvert barn) | | | |
| Navn: |  | Fødselsnr.: |  |
| Kjønn: |  | Nasjonalitet: |  |
| Adresse: |  | Telefon: |  |
| Skole / barnehage: |  | Telefon: |  |
| Kontaktperson  Skole / barne-hage: |  | | |
| Hvem bor barnet sammen med? |  | | |
| Hvem har daglig omsorg for barnet? |  | | |
| Har barnet andre nære voksenpersoner foruten foreldre/ foresatte? |  | | |
| Hvem har ansvaret for barnet dersom du må innlegges eller kommer i en situasjon hvor dere ikke kan ivareta barnet? |  | | |

|  |
| --- |
| **Barnets kjennskap til foreldrenes tilstand/sykdom** |
| Er barnet orientert om din sykdom/tilstand? |
| Hvis ja, hvordan ble barnet informert? |
| Hvis nei, vil du/dere informere barnet om dette? |
| Ønsker dere hjelp til dette? |

|  |
| --- |
| **Hvordan barnets hverdag påvirkes av din tilstand / sykdom** |
| Hvordan påvirker din tilstand/sykdom hverdagslivet og forholdet til barnet? |
| Hvordan går det på skolen / barnehagen? |
| Er skolen / barnehagen informert om situasjonen og er det inngått samarbeid / tilrettelegging / hjelpetiltak? |
| Har barnet kontakt med hjelpeapparatet? (Helsesøstertjenesten, miljøterapeut i skolen, barneverntjenesten, PPT, rus- og psykiatritjenesten, BUP eller andre?) |
| Er du bekymret for barnet ditt? Hvis ja; hvordan? |
| Ønsker du hjelp til barnet ditt, hvis ja; hvilken type hjelp? |
| Andre opplysninger du ønsker å formidle? |

|  |  |
| --- | --- |
| Kartleggingssamtale ble gjennomført av: | |
| Navn: | Telefon: |
| Stilling: | Arbeidssted: |

…………………………………………….. ……………………………………………

Sted, dato Sign. kartlegger

………………………………………………. ……………………………………………

Sted, dato Sign. foreldre /foresatte