

Egenanmälan för barn och unga under 18 år, SCÄ

Detta är ett formulär för att söka vård för ätstörningar. Det är viktigt att du försöker beskriva dina problem så tydligt som möjligt.

Vi skulle även behöva se din viktkurva som finns hos elevhälsovården. Den går bra att posta till oss:

SCÄ
Box 172 06
104 62 Stockholm

Om du mår akut dåligt behöver du söka hjälp direkt. Ta hjälp av en vuxen.

Du kan kontakta BUP:s akutmottagning som är öppen dygnet runt, vid till exempel hög ångest och självmordstankar 08- 123 669 00.

Om kroppen mår dåligt kan du kontakta akutmottagningen på Sachsska barn- och ungdomssjukhus i Stockholm 08-123 642 66.

Du kan också kontakta 1177 för hjälp om vart du ska vända dig i vården

Det är bra för dig att veta att vi som arbetar inom vården har en skyldighet att kontakta dina föräldrar om vi blir oroliga för hur du har det. Du kan berätta för oss vem du helst vill att vi ringer längre ner i formuläret.

Personnummer:

Namn:

Gatuadress:

Postnummer:

Ort:

Skola:

Vårdnad:

- Gemensam
 Enskild
 Annan

Vårdnadshavare namn:

Adress:

Telefonnummer:

Vårdnadshavare namn:

Adress:

Telefonnummer:

Vet båda dina föräldrar att du söker vård på SCÄ?

- Ja
 Nej

Kommentar vid nej _____

Om vi måste kontakta någon av dina föräldrar, vem vill du helst att vi ringer?

1. Berätta kort om de problem du söker hjälp för:

2. Vad och hur mycket äter du under en vanlig dag? Skriv gärna vid vilka tider du äter:

3. Har du under de senaste månaderna försökt äta väldigt lite för att påverka din vikt eller kropp, eller haft svårt att äta olika typer av saker?

- Ja
 Nej

4. Händer det att du tappar kontrollen och då äter väldigt stora mängder mat?

- Ja
 Nej
 Vet inte/osäker

Om *Ja*, hur många gånger har det hänt under den senaste månaden?

_____ ggr

5. Kan du beskriva en typisk situation när det händer? Hur länge pågår det, vad äter du, och hur mycket?

6. Händer det att du framkallar kräkningar eller använder laxermedel för att påverka din vikt eller kropp?

- Ja
 Nej

Om *Ja*, hur många gånger har det hänt under den senaste månaden?

_____ gånger

Kräkningar och/eller laxermedel

7. Händer det att du försöker påverka din vikt eller kropp genom att träna?

- Ja
 Nej

Om *Ja*, hur många gånger har det hänt under den senaste månaden?

_____ gånger

Om *Ja*, hur lång tid brukar du träna?

_____ min

8. Hur lång är du?

_____ cm

9. Vad väger du? (Gör en uppskattning om du inte vet din vikt)

_____ kg

Tidigare högsta vikt _____ kg

10. Har du minskat eller ökat i vikt under de senaste tre månaderna (skriv vad du tror om du är osäker)?

- Ja, minskat med _____ kg
 Ja, ökat med _____ kg
 Jag har gått upp och ner i vikt
 Nej

11. Hur gammal var du när dina problem kopplade till vikt, kropp eller ätande började?

_____ år

12. Om det är aktuellt för dig, hur fungerar din mens?

- Regelbundet
- Oregelbundet. Hur länge har det varit så? _____
- Min mens har upphört. Hur länge har det varit så? _____
- Jag har inte fått min första mens än
- Ej aktuellt

13. Hur mycket tycker du att problemen med vikt, kropp eller ätande påverkar din självkänsla?

Ringa in den siffra som bäst beskriver hur det är för dig

Inte alls 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremt mycket

14. Hur mycket tycker du att du påverkas av dina tankar om vikt, kropp eller ätande?

Ringa in den siffra som bäst beskriver hur det är för dig

Inte alls 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremt mycket

15. Har du fått någon hjälp för dina problem med vikt, kropp eller ätande?

- Jag har tidigare gått i behandling/fått stöd _____
- Jag går just nu i behandling på _____
- Nej

16. Har du någon annan kontakt inom vården eller elevhälsovården?

- Ja
- Nej

Om Ja, vilka andra kontakter har du och för vad?

17. Har du fått några problem med hälsan eller behövt söka vård akut på grund av svårigheter med mat och ätande?

- Ja
- Nej

Om Ja, berätta om vad som hänt

18. Hur fungerar skolan?

- Bra
- Okej
- Dåligt

Om du svarat dåligt, vad är det som är dåligt? _____

19. Är något annat som är bra för oss att känna till?

20. Får vi kontakta dig via sms?

- Ja
 Nej

21. Har någon i familjen behov av att ha med en tolk vid besök?

- Ja, på följande språk: _____
 Nej

Underskrifter:

.....
Datum

.....
Sökande

.....
Förälder/vårdnadshavare för dig som inte fyllt 18

.....
Annan person än ovan, som hjälpt till med ansökan (underskrift)