

Egenanmälan för vårdnadshavare till barn och unga under 18 år, SCÄ

Detta är ett formulär för att anmäla ditt barn till vård för ätstörningar. Det är viktigt att du beskriver barnets problem så tydligt som möjligt.

För att kunna bedöma barnets svårigheter så bra som möjligt behöver vi elevhälsovårdens viktkurva. Den går bra att posta till oss.

SCÄ
Box 172 06
104 62 Stockholm

Stockholms centrum för ätstörningar har ingen akutmottagning. Om ditt barn har akuta fysiska problem, bör ni åka till akutmottagningen på ett av barnsjukhusen. För akuta psykiatriska problem, kontakta BUP:s akutmottagning. På www.1177.se hittar ni mer information om vart och hur ni söker vård.

Datum:

Personnummer:

Barnet /ungdomens Namn:

Gatuadress:

Postnummer:

Ort:

Skola:

Vårdnad:

- ☐ **Gemensam**
☐ **Enskild**
☐ **Annan**

Vårdnadshavare namn:

Adress:

Telefonnummer:

Vårdnadshavare namn:

Adress:

Telefonnummer:

Är båda vårdnadshavarna informerade om att ni söker vård på SCÄ?

☐ **Ja**

☐ Nej, kommentar vid nej _____

1. Berätta kort om de problem ni söker hjälp för.

2. Hur ser en vanlig dag ut för ditt barn med mat och ätande?

Skriv gärna ner ungefär vad och hur mycket barnet äter, samt vid vilka tider.

3. Har ditt barn under de senaste månaderna försökt begränsa sitt ätande genom att äta små mängder eller liten variation?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Vet inte/osäker

4. Har det hänt att ditt barn tappar kontrollen och äter mycket på en gång?

- ☐ 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 hen, och hur mycket?

6. Har ditt barn någonsin framkallat kräkningar eller använt laxermedel för att påverka sin vikt?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Vet inte/osäker

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

_____ ggr

Kräkningar ☐ och/eller laxermedel ☐

7. Händer det att ditt barn försöker kontrollera sin vikt eller kropp genom att träna?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Vet inte/osäker

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

_____ ggr

Om *Ja*, hur lång tid tränar barnet i genomsnitt vid varje träningstillfälle?

_____ min

8. Hur långt är ditt barn?

_____ cm

9. Vad väger ditt barn? (Gör en uppskattning om du inte vet vikten)

_____ kg

Tidigare högsta vikt _____ kg

10. Har ditt barn minskat eller ökat i vikt under de senaste tre månaderna?

- ☐ Ja, minskat med _____ kg
☐ Ja, ökat med _____ kg
☐ Har gått upp och ner i vikt
☐ Nej

11. Om det är aktuellt för ditt barn, hur fungerar mensen?

- ☐ Regelbundet
☐ Oregelbundet. Hur länge har det varit så? _____
☐ Mitt barns mens har upphört. Hur länge har det varit så? _____
☐ Mitt barn inte fått sin första mens än
☐ Ej aktuellt

12. Hur tycker du att problemen kopplade till vikt, kropp eller ätande påverkar ditt barns självkänsla?

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

13. Hur påverkar problemen kopplade till vikt, kropp eller ätande ditt barns vardag

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

14. Har ni tidigare fått hjälp för ätstörningar?

☐ Vi/barnet har tidigare gått i behandling för ätstörning på:

☐ Vi/barnet går just nu i behandling för ätstörning på:

☐ Nej

15. Har ni någon annan kontakt inom vården eller elevhälsovården? ☐ Ja

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

☐ Nej

16. Hur fungerar ditt barns skolgång?

☐ Bra

☐ Okej

☐ Dåligt

☐ Vet inte/osäker

Kommentar: _____

17. Har ditt barn fått några nya hälsoproblem eller behövt söka akut vård på grund av svårigheter med mat och ätande

18. Samtycker ni till att vi kontaktar andra vårdgivare om vi behöver samordna vården?

☐ Ja

☐ Nej

19. Samtycker ni till att journalinformation från andra vårdgivare får inhämtas?

- ☐ Ja
☐ Nej

20. Har ni någon mer information som är bra för oss att känna till?

21. Får vi kontakta er via sms?

- ☐
Ja
☐ Nej

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

- ☐ Ja, på följande språk: _____
☐ Nej
-