

**KONSULTASJONER PÅ HELSESTASJONEN**

Alder	Konsultasjons- type	Helsesøster/ lege	Vaksinasjon	Målrettet oppgave
0-2 uker	hjemmebesøk	Helsesøster		Kartlegging, u.s., samtale med helsesøster, og informasjon om helsestasjonen
2 mnd.	Gruppe- konsultasjon	Helsesøster		Informasjon om målet med gruppen Tema: Infeksjonssykdommer.
6 uker	Individuell konsultasjon	Helsesøster/ lege		Lege u.s og samtale med helsesøster
3 mnd.	Individuell konsultasjon	Helsesøster	Vaksine: Komo 6 Pne 02	U.s. og samtale med helsesøster
4 mnd.	Gruppe- konsultasjon	Helsesøster		Tema: Kost og ernæring
5 mnd	Individuell konsultasjon	Helsesøster	Vaksine: Komo 6 Pne 02	U.s og samtale med helsesøster
5 mnd.	Individuell konsultasjon	Fysioterape ut		Motorisk vurdering og samtale med fysioterapeut
6. mnd.	Individuell konsultasjon	Helsesøster/ lege		Lege u.s., samtale/ u.s av helsesøster
8. mnd	Gruppe- konsultasjon	helsesøster		Tema: 1. hjelp
1 år	Individuell konsultasjon	Helsesøster/ lege	Vaksine: Komo 6 Pne.02	Lege u.s. og samtale/ u.s av helsesøster
15. mnd.	Individuell konsultasjon	Helsesøster	MMR	U.s. og samtale med helsesøster
2 år	Individuell konsultasjon	Helsesøster		Kartlegging/ samtale og u.s. av helsesøster og lege
4 år	Individuell konsultasjon	Helsesøster/ lege		Samtale/ kartlegging og u.s av helsesøster

**Rutiner for skolehelsetjenesten i Søgne kommune**

Klassetrinn	Oppgave	Ansvarlig
Førskolestart	Fullstendig legeundersøkelse Syn Lengde og vekt og hørselstest	Skolelegen  Helsesøster
1- 10	Treningsopplegg for grupper av barn	Fysioterap.
2.	Vaksine Komo2	
3.	Poliovaksine Lengdemåling Individuell helsesamtale	Helsesøster
6.	DT- vaksine Pubertetsutvikling	Helsesøster
7.	MMR- vaksine Rutinemessig høydemåling	Helsesøster
8.	Individuell helsesamtale evt. undervisning ved behov	Helsesøster
9.	Informasjon om Mantoux test og BCG- vaksine Kosthold Prevensjon, sex og samliv Tobakk/rus	Helsesøster Skolelege
10.	Poliovaksine Prevensjon, kjønnsidentitet Evt. samlivsundervisning	Helsesøster Skolelege
VGS.	Individuell veiledning Prevensjon, sex og samliv, rusmidler psykisk helse, kost, fysisk aktivitet	Helsesøster Skolelelege

## **SKOLEHELSETJENESTEN I SØGNE KOMMUNE**

Tlf: 38 05 56 40

4640 SØGNE

Vi har fått melding om at: \_\_\_\_\_ er begynt på skolen. I den anledning innkaller skolehelsetjenesten deg til helseundersøkelse på Søgne helsestasjon,

\_\_\_\_\_ dag / kl \_\_\_\_\_

I tillegg til legeundersøkelse, blir du veid og målt og får tatt syn- og hørselstest.

### **Ta med: Det helsekortet du brukte da du var liten**

Foresatte bes følge eleven.

Dersom dere er forhindret fra å møte, vennligst gi beskjed i god tid til helsestasjonen på  
tlf.38 05 56 40

Hilsen helsesøster

### **Til foreldre/foresatte**

Skolehelsetjenesten skal følge opp den enkeltes elevs helsemessige utvikling (for eksempel høyde, vekt, syn, hørsel), gi vaksine og drive helseopplysning.

Skolehelsetjenesten samarbeider med hjemmet, skolen og Pedagogisk- psykologisk rådgivningstjeneste osv., for at skolegangen skal bli best mulig for den enkelte elev.

For å kunne samarbeide til elevens beste, ber vi foreldre/foresatte fylle ut vedlagte skjema, på begge sider. Skjemaet må fylles ut på forhånd og tas med til helsekontrollen.

Vi vil understreke, at selv om vi samarbeider med skolen, har vi i utgangspunktet samme taushetsplikt som annet helsepersonell. Det er likevel nyttig at helseopplysninger som har betydning for elevens skolegang kan utveksles. Skolen har ikke innsyn i våre papirer.

Vi håper på et godt samarbeid gjennom skoletiden.

Velkommen

Hilsen

Helsesøster



**OPPLYSNINGER OM ELEVENS HELSE**

Helsestasjonens navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tidligere sykdommer, skader, operasjoner og lignende:  
(Sett x og om mulig årstall)

Meslinger		Bronkitt/astma		Skader:
Røde hunder		Eksem		Hjernerystelse
Vannkopper		Annen allergi		Brudd
Kusma		Urinveisinfeksjon		Annet
Kikhoste		Diabetes		Operasjon for:
Hjernehinnebet.		Kramper		Mandler
Øresykdom		Epilepsi		Falske mandler
Øyesykdom		Annet		Annet

Har eleven andre plager (for eksempel magesmerter, hodepine, spiseproblemer, søvnproblemer, nattevæting, blir mobbet)? \_\_\_\_\_

Går eleven til regelmessige kontroller hos lege eller på sykehus? Ja Nei  
Hvis ja, angi hvorfor og til hvem \_\_\_\_\_Bruker eleven faste medisiner, og i tilfelle hvilke?  
\_\_\_\_\_Er det alvorlig sykdom eller funksjonshemning i familien?  
\_\_\_\_\_

Sted: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_ Sign.: \_\_\_\_\_

**SKOLEHELSETJENESTEN I SØGNE**

Tlf.: 38 05 56 40

4640 SØGNE

Til foresatte/elever i 3. klasse

\_\_\_\_\_ klasse \_\_\_\_\_  
 blir med dette innkalt til lengdemåling, hørsel- og synskontroll, fargesyn og samtale  
 med helsesøster på skolen  
 \_\_\_\_\_ dag den \_\_\_\_\_

Ta med briller dersom du bruker det.

I den anledning ber vi om opplysninger vedrørende elevens helse siden forrige  
 undersøkelse ved skolestart. Vi kontakter også klasselæreren for samtale om barna.

Til eleven:

Har du hatt sykdommer eller skade av betydning siden sist helseundersøkelse på  
 skolen?    Ja    Nei

Går du til behandling eller kontroll hos privat lege eller på sykehus?    Ja    Nei  
 Sykehusets/legens navn \_\_\_\_\_

Trives du på skolen?	Ja	Nei
Er du ofte trøtt i timene?	Ja	Nei
Spiser du frokost før skoledagen begynner?	Ja	Nei
Spiser du matpakke på skolen?	Ja	Nei

Har du noen av disse problemene (strek under): Ofte vondt i magen, hodepine,  
 alvorlig allergi, blir mobbet, er ofte engstelig, andre ting? \_\_\_\_\_

Eventuelle forandringer i familiesituasjonen siden sist undersøkelse: \_\_\_\_\_

Dersom det er behov for legens vurdering/undersøkelse, får barnet time hos  
 skolelegen.

Foresatte som ønsker å følge eleven, er velkommen til det.

Vennlig hilsen helsesøster \_\_\_\_\_

Dato \_\_\_\_\_ Elevens underskrift \_\_\_\_\_

Foreldre/foresattes underskrift \_\_\_\_\_

**SKOLEHELSETJENESTEN I SØGNE**

Tlf.: 38 05 56 40

4640 SØGNE

Til foresatte/elever i 3. klasse

\_\_\_\_\_ klasse \_\_\_\_\_  
 blir med dette innkalt til lengdemåling, hørsel- og synskontroll, fargesyn og samtale  
 med helsesøster på skolen  
 \_\_\_\_\_ dag den \_\_\_\_\_

Ta med briller dersom du bruker det.

I den anledning ber vi om opplysninger vedrørende elevens helse siden forrige  
 undersøkelse ved skolestart. Vi kontakter også klasselæreren for samtale om barna.

Til eleven:

Har du hatt sykdommer eller skade av betydning siden sist helseundersøkelse på  
 skolen?    Ja    Nei

Går du til behandling eller kontroll hos privat lege eller på sykehus?    Ja    Nei  
 Sykehusets/legens navn \_\_\_\_\_

Trives du på skolen?	Ja	Nei
Er du ofte trøtt i timene?	Ja	Nei
Spiser du frokost før skoledagen begynner?	Ja	Nei
Spiser du matpakke på skolen?	Ja	Nei

Har du noen av disse problemene (strek under): Ofte vondt i magen, hodepine,  
 alvorlig allergi, blir mobbet, er ofte engstelig, andre ting ? \_\_\_\_\_

Eventuelle forandringer i familiesituasjonen siden sist undersøkelse: \_\_\_\_\_

Dersom det er behov for legens vurdering/undersøkelse, får barnet time hos  
 skolelegen.

Foresatte som ønsker å følge eleven, er velkommen til det.

Vennlig hilsen helsesøster \_\_\_\_\_

Dato \_\_\_\_\_ Elevens underskrift \_\_\_\_\_

Foreldre/foresattes underskrift \_\_\_\_\_

## Til foreldre / foresatte

Det har blitt innført en ny vaksine til alle barn i 2 trinn fra 2006. Vaksinen er en kombinasjonsvaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste og poliomyelitt. Dette gjelder alle barn født i 1998 og senere. Barn født i 1997 og tidligere følger det "gamle" vaksinasjonsprogrammet.

**Difteri** er en nese- og halsinfeksjon som skyldes difteribakterier. Bakterien danner giftstoffer som kan angripe hjerte-, nyre-, og nervevev. Sykdommen kan være dødelig.

**Stivkrampe skyldes bakterier som finnes i jord og skitt og kan fremkalle sykdom i forbindelse med forurensede sår. Sykdommen smitter ikke fra person til person. Den angriper nervesystemet og gir muskelstivhet og kramper. Dødeligheten er stor.**

**Kikhoste** er en langvarig(6-12 uker) luftveisinfeksjon med kraftige hosteanfall. Sykdommen er svært smittsom, og mest farlig for spedbarn. Kikhoste kan føre til hjerneskada og i sjeldne tilfeller død.

**Poliomyelitt** er en virussykdom som vanligvis gir forkjølelsessymptomer, smerter i kroppen eller magesyke. Sykdommen kan gi hjernebetennelse og kan føre til varige lammelser. Dødsfall forekommer.

### *Bivirkninger*

Etter vaksinerings vil enkelte få lette bivirkninger. Noen kan få en hevelse og bli røde og ømme på stikkstedet. Andre kan få hodepine, tretthet, søvnighet, sykdomsfølelse eller feber.

### Vaksinasjonen er planlagt utført på skolen

.....dag den.../....

Vennlig hilsen

Helsesøster

.....

Elevens navn:.....

Har eleven tidligere hatt uvanlig sterke reaksjoner etter vaksine?

Hvis ja, evt. når.....

Er eleven i frisk og fin form?.....

Har barnet sykdommer eller vært innlagt på sykehus?

Hvis ja, beskriv nærmere.....

Bruker barnet faste medisiner?.....

Hvis ja, beskriv nærmere.....

*Vi samtykker i at barnet får vaksine*

Foreldre/ foresattes underskrift.....

Dato.....

**Søgne helsestasjon**

Telefon: 38 05 56 40

**SØGNE  
HELSESTASJON**

**Skolehelsetjenesten**

**6. Trinn**

**Vaksinasjon mot  
Difteri og stivkrampe**

## Til foreldre / foresatte

Barn som tidligere er blitt vaksinert mot difteri og stivkrampe, skal ha en påfyllingsdose i 6. trinn. Dette for å holde motstanden ved like.

**Difteri** er en nese- og halsinfeksjon som skyldes difteribakterier. Bakterien danner giftstoffer som kan angripe hjerte-, nyre-, og nervevev. Sykdommen kan være dødelig.

***Stivkrampe skyldes bakterier som finnes i jord og skitt og kan fremkalle sykdom i forbindelse med forurensede sår. Sykdommen smitter ikke fra person til person. Den angriper nervesystemet og gir muskelstivhet og kramper. Dødeligheten er stor.***

### *Bivirkninger*

Etter vaksinering vil enkelte få lette bivirkninger. Noen kan få en hevelse og bli røde og ømme på stikkstedet. Andre kan få hodepine, tretthet, søvnighet, sykdomsfølelse eller feber.

### **Vaksinasjonen er planlagt utført på skolen**

**.....dag den..../....**

Vennlig hilsen

Helsesøster

.....

Elevens navn:.....

Har eleven tidligere hatt uvanlig sterke reaksjoner etter vaksine?  
Hvis ja, evt. Når.....

Er eleven i frisk og fin form ?.....

Har barnet sykdommer eller vært innlagt på sykehus?  
Hvis ja, beskriv nærmere.....

Bruker barnet faste medisiner?.....  
Hvis ja, beskriv nærmere.....

*Vi samtykker i at barnet får vaksine*

Foreldre/ foresattes underskrift.....

Dato.....

**Søgne helsestasjon**

Telefon: 38 05 56 40

# **SØGNE HELSESTASJON**

## **Skolehelsetjenesten**

### **7. Trinn**

## **Vaksinasjon mot Meslinger, kuma og røde hunder**

## Til foreldre / foresatte

De tre smittsomme barnesykdommene meslinger, kusma og røde hunder kan i visse tilfeller gi alvorlige ettersykdommer.

**Meslinger** er vår alvorligste barnesykdom. Den forårsakes av meslingvirus.

Sykdommen begynner som en forkjølelse, lysskyhet, ofte gjøende hoste og moderat feber. Deretter får barnet en ny febertopp med påfølgende utslett.

Ettersykdommene kan være lungebetennelse, bronkitt, øreverk og hjernebetennelse. Dødeligheten er stor.

***Kusma er en smittsom virussykdom forårsaket av kusmavirus. Sykdommen gir feber, hevelse av ørespyttkjertlene og hevelse i ansiktet.***

***Hjernehinnebetennelse opptrer ofte som en del av sykdomsbildet.***

Menn i fertil alder kan få nedsatt fruktbarhet eller bli sterile dersom de blir smittet.

**Røde hunder** forårsakes av rubellavirus. Sykdommen gir en mild febersykdom med luftveissymptomer og oftest utslett. Typisk er hovne og ømme lymfekjertler i nakken.

Jenter fra pubertetsalder og kvinner kan få leddsmerter eller leddbetennelse.

Hjernebetennelse er en sjelden komplikasjon.

Gravide som blir smittet i de 3 første månedene av svangerskapet kan føre til abort eller fostermisdannelser som døvhet, blindhet, hjertefeil, hjerneskade m.m.

### *Bivirkninger*

Noen av de vaksinerte kan etter 1-2 uker få litt feber, lett utslett, ømhet i leddene og hovne lymfekjertler, men barnet vil ikke være særlig plaget av dette. Skulle det likevel oppstå alvorlige reaksjoner, bør det tas kontakt med lege.

**Vaksinasjonen er planlagt utført på skolen**

.....dag den..../....

Vennlig hilsen

Helsesøster

.....

Elevens navn:.....

Har eleven tidligere hatt uvanlig sterke reaksjoner etter vaksine?

Hvis ja, evt. Når.....

Er eleven i frisk og fin form ?.....

Har barnet eggallergi?

Hvis ja beskriv nærmere.....

Har barnet sykdommer eller vært innlagt på sykehus?

Hvis ja, beskriv nærmere.....

Bruker barnet faste medisiner?.....

Hvis ja, beskriv nærmere.....

*Vi samtykker i at barnet får vaksine*

Foreldre/ foresattes underskrift.....

Dato.....

**Søgne helsestasjon**

Telefon: 38 05 56 40

# **SØGNE HELSESTASJON**

## **Skolehelsetjenesten**

### **9. Trinn**

## **Vaksinasjon mot Tuberkulose**

## Til foreldre / foresatte

BCG- vaksinen er anbefalt til friske personer for å redusere risikoen for sykdom hvis de senere skulle bli utsatt for tuberkulosesmitte. Vaksinen tilbys elever i 9. klasse.

**Mantoux-metoden** erstatter pirquet , eller blant ungdommen kalt "katteklor".

Mantoux settes før vaksinasjon for å utelukke evt smitte.

*Ved Positiv reaksjon vil evt. eleven bli vurdert henvist diagnosestasjonen for videre oppfølging.*

Mantoux blir satt på samme måte som BCG-vaksinen, men på venstre underarms overside. Resultatet leses av innen 72t av helsesøster.

**BCG- vaksinen** består av levende, svekkete bakterier, og beskytter mot Tuberkulose. Vaksinen settes på venstre overarm. Normalt vil det etter et par uker komme en liten kvise eller et lite væskende sår på stikk stedet. Såret gjør ikke vondt, og det gror etter kort tid. Når såret er grodd, vil det komme et lite arr på stikk stedet.

### *Bivirkninger*

Lokale reaksjoner som er større eller mer langvarige enn forventet, er sjeldne.

Hevelse i lymfeknutene nær stikkstedet kan forekomme ( kuler i armhulen ). En slik hendelse kan være ubehagelig, men er ufarlig. I svært sjeldne tilfeller kan det være aktuelt å gi medikamentell behandling.

**Mantoux er planlagt utført på skolen**

.....dag, den..../....

**Vaksinasjonen er planlagt utført på skolen**

.....dag, den..../....

Vennlig hilsen

Helsesøster

.....

**Elevens navn:**.....

Har barnet tidligere fått BCG-vaksine?

Hvis ja, evt. når.....

Har eleven tidligere hatt uvanlig sterke reaksjoner etter vaksine?

Hvis ja, evt. når.....

Er eleven i frisk og fin form?.....

Har barnet sykdommer eller vært innlagt på sykehus ?

Hvis ja, beskriv nærmere.....

Bruker barnet faste medisiner?.....

Hvis ja, beskriv nærmere.....

*Vi samtykker i at barnet får vaksine*

Foreldre/ foresattes underskrift.....

Dato.....

**Søgne helsestasjon**

Telefon: 38 05 56 40

**SØGNE  
HELSESTASJON**

**Skolehelsetjenesten**

**10. Trinn**

**Vaksinasjon mot  
Poliomyelitt**

## Til foreldre / foresatte

Det er på tide med en påfyllingsdose av poliovaksine. Dette er for å opprettholde motstandskraften mot poliomyelitt.

**Poliomyelitt** er en virussykdom som vanligvis gir forkjølelssymptomer, smerter i kroppen eller magesyke. Sykdommen kan gi hjernebetennelse og kan føre til varige lammelser. Dødsfall forekommer.

### *Bivirkninger*

Etter vaksinerings vil enkelte få lette bivirkninger. Noen kan få en hevelse og bli røde og ømme på stikkstedet. Andre kan få hodepine, tretthet, søvnighet, sykdomsfølelse eller feber.

**Vaksinasjonen er planlagt utført på skolen  
.....dag den..../....**

Vennlig hilsen

Helsesøster

.....

**Elevens navn:.....**

Har eleven tidligere hatt uvanlig sterke reaksjoner etter vaksine?  
Hvis ja, evt. når.....

Er eleven i frisk og fin form ?.....

Har barnet sykdommer eller vært innlagt på sykehus?  
Hvis ja, beskriv nærmere.....

Bruker barnet faste medisiner?.....  
Hvis ja, beskriv nærmere.....

*Vi samtykker i at barnet får vaksine*

Foreldre/ foresattes underskrift.....  
Dato.....

## SKOLEHELSETJENESTEN I SØGNE KOMMUNE

Tlf: 38 05 56 40

4640 SØGNE

### Påfyllingsdose av poliovaksine i 10. klasse.

For å holde ved like motstandskraften mot poliomyelitt, trenger elevene en vaksine før de slutter skolen.

Vaksinering er planlagt \_\_\_\_\_

Navn \_\_\_\_\_

Er eleven frisk og i fin form? Ja \_\_\_\_\_ Nei \_\_\_\_\_

Har eleven tidligere hatt uvanlige reaksjoner etter vaksinering?  
Ja \_\_\_\_\_ Nei \_\_\_\_\_

Hvis ja hvilke? \_\_\_\_\_

Ønsker vaksine: Ja \_\_\_\_\_ Nei \_\_\_\_\_

Dato \_\_\_\_\_

Foresatte \_\_\_\_\_

Hilsen

Helsesøster