

Telefonintervju UPH

Version 1.0

Datum:	Personnummer:
Namn:	Förälders namn:
Telefon:	OK med SMS? ☐ JA ☐ NEJ
Skola:	Listning, sökt på egen VC?
Vem kontaktar:	
Vårdnadshavares samtycke? Finns fler vårdnadshavare? Föreligger samtycke till kontakt? (Informationsplikt)	
Vid behov. Samtycke att ta kontakt med andra professionella?	
Har du/ni haft kontakt med andra vårdgivare eller hjälpinstanser? Fått/får behandling för psykisk ohälsa? Effekt?	
Kortfattat om problembild När började svårigheterna? Hur ofta är det ett problem idag? Hur påverkar problematiken patientens funktion: - I skolan: Klarar målen? Frånvaro? Anpassningar? - Socialt: Kompisar? Fritidsaktiviteter? - I hemmet? Vardagssysslor?	
Hemsituation: Familj, relationer, konfliktnivå, ekonomiska problem, arbetslöshet, sjukskrivning, alkohol/droganvändning, förekomst av våld, psykisk ohälsa i familjen? Problem med sömn/aptit? Hos barnet? Hos föräldrar?	

Stressande händelser som kan ha samband med svårigheterna?
Vad önskar du att få hjälp med?

Har ditt barn den senaste månaden upplevt/haft	JA	NEJ	M.I.N.I. KID – till psykolog som bedömer
1. Trötthet eller bristande energi	☐	☐	Finns inte M.I.N.I. KID men bör bedömas
2. Sömnproblem	☐	☐	
3. Minskad lust att göra saker som ditt barn vanligen tycker om?	☐	☐	Om JA, använd M.I.N.I. KID sidan 6 för depression. <i>Om pågående svår depression ska patient inte inkluderas i iKBT – Ångesthjälpen Ung, utan bedömas och behandlas enligt sedvanliga rutiner på UPH.</i>
4. Verkat deprimerat/nedstämt, känt sig illa till mods eller uttryckt att framtiden ser hopplös ut?	☐	☐	
5. Har ditt barn haft en känsla av plötslig panik?	☐	☐	Om JA, använd M.I.N.I. KID sidan 14 – 21 för ångestproblem. Om JA, använd M.I.N.I. KID sidan 37 för generaliserat ångestsyndrom.
6. Nervositet, ångest eller oro	☐	☐	
7. Ängslan över olika saker	☐	☐	
8. Finns det saker som ditt barn gör om och om igen, eller tankar ditt barn måste tänka upprepade gånger för att känna sig lugn?	☐	☐	Om JA, använd M.I.N.I. KID sidan 20 för tvång.
9. Har ditt barn återkommande idéer, fantasier eller impulser som verkar dumma, konstiga, fräntstötande eller hemska?	☐	☐	
10. Är ditt barn rädd för att bli generad eller förödmjukad i sociala situationer, eller undviker ditt barn sådana situationer?	☐	☐	Om JA, använd M.I.N.I. KID sidan 18 för social fobi.

11. Tappat kontrollen över ätandet eller tappat mycket i vikt?	☐	☐	Om JA, använd M.I.N.I. KID sidan 34 för ätstörning. <i>Om pågående svår ätstörning ska patient inte inkluderas i iKBT – Ångesthjälpen Ung, utan bedömas och behandlas enligt sedvanliga rutiner på UPH.</i>
12. Har du känt oro för ditt barns alkohol- eller drogkonsumtion?	☐	☐	Om JA, använd M.I.N.I. KID sidan 22 för alkoholkonsumtion. <i>Om pågående alkoholmissbruk ska patient inte inkluderas i iKBT – Ångesthjälpen Ung, utan bedömas och behandlas enligt sedvanliga rutiner på UPH.</i>
13. A) Har ditt barn någon gång varit med om en händelse då hen blivit riktigt rädd? Exempelvis blivit slagen/hotad, bevittnat våld, blivit mobbad? B) Har hen varit med om någon annan riktigt jobbig händelse där det hänt saker som hen blivit väldigt skrämdd/rädd för? Om JA på någon av ovanstående frågor: Påverkar någon av dessa händelser barnet idag?	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	Om JA, använd M.I.N.I. KID sidan 21 för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). <i>Om PTSD ska patient inte inkluderas i iKBT – Ångesthjälpen Ung, utan bedömas och behandlas enligt sedvanliga rutiner på UPH.</i>
14. Har ditt barn svårt att reglera känslor, får kraftiga utbrott eller är utåtagerande?	☐	☐	Finns inte med i M.I.N.I. KID men bör bedömas.
15. Har ditt barn skadat sig medvetet för att hantera jobbiga känslor?	☐	☐	

Telefonscreening - Förälder