

Namn och personnummer:

Denna ruta fyller skolsköterskan i:

Datum för hälsosamtalet:	Skola/klass:
Längd:.....cm	Vikt:.....kg
Syn: Höger: Vänster:	

1. Identifierar du dig som

hon han hen annat

ARBETSMILJÖ

2. Hur trivs du i skolans lokaler (till exempel buller, belysning, ventilation, möbler, städning, temperatur och toaletter)?

mycket bra bra varken bra eller dåligt dåligt mycket dåligt

3. Har du arbetsro på lektionerna, kan du arbeta utan att bli störd?

alltid ofta ibland sällan aldrig

4. Kan du koncentrera dig på lektionerna?

alltid ofta ibland sällan aldrig

5. Hur viktig är skolan för dig?

mycket viktig ganska viktig i viss mån viktig inte särskilt viktig inte alls viktig

6. Känner du dig stressad av ditt skolarbete?*

aldrig sällan ibland ofta alltid

7. Får du den hjälp och stöd i skolarbetet som du behöver?

alltid oftast i viss mån sällan aldrig

8. Hur trivs du i skolan?*

mycket bra bra varken bra eller dåligt dåligt mycket dåligt

9. Känner du dig trygg i skolan?

alltid oftast i viss mån sällan aldrig

10. Har du kompisar på skolan?

alltid ofta ibland sällan aldrig

11. Har du blivit kränkt, utstött eller illa behandlad under skoltid den senaste månaden?

nej ja, någon enstaka gång ja, flera gånger

12. Vet du om någon annan blivit kränkt, utstött eller illa behandlad under skoltid den senaste månaden?

nej ja, någon enstaka gång ja, flera gånger

13. Har du varit frånvarande från skolan den senaste månaden?

nej ja, någon enstaka gång ja, flera gånger

14. Är det något som gör att det är jobbigt eller svårt för dig att vara i skolan?

nej, inte alls ja, ibland ja, ofta

MATVANOR

15. En vanlig vecka, hur ofta äter du

a. frukost varje dag 5-6 dagar 3-4 dagar 1-2 dagar ingen dag
b. lunch varje dag 5-6 dagar 3-4 dagar 1-2 dagar ingen dag
c. middag varje dag 5-6 dagar 3-4 dagar 1-2 dagar ingen dag

16. Hur ofta brukar du äta minst en portion grönsaker (en portion = en "handfull")?*

varje dag 5-6 dagar 3-4 dagar 1-2 dagar mindre ofta än en dag i veckan

17. Hur ofta brukar du äta frukt och/eller bär?

varje dag 5-6 dagar 3-4 dagar 1-2 dagar mindre ofta än en dag i veckan

18. Hur ofta brukar du äta godis, kakor, bullar, chips eller andra snacks?

mindre ofta än en dag i veckan 5-6 dagar 3-4 dagar 1-2 dagar varje dag

19. Hur ofta brukar du dricka läsk eller saft som innehåller socker?*

mindre ofta än en dag i veckan 5-6 dagar 3-4 dagar 1-2 dagar varje dag

20. Hur ofta dricker du energidrycker?

mindre ofta än en dag i veckan 1-2 dagar 3-4 dagar 5-6 dagar varje dag

FYSISK AKTIVITET

21. Deltar du aktivt på lektionerna i idrott och hälsa?

- alltid ofta ibland sällan aldrig

22. Duschar du i skolan efter idrottslektionerna?

- Ja Ja, men helst inte nej

23. Hur många timmar i veckan rör du på dig så att du blir andfådd och varm?

Lägg ihop all tid du rör på dig, både i skolan och på fritiden.*

- 7 timmar eller mer 5-7 timmar 3-5 timmar
 1-3 timmar mindre än 1 timme i veckan

24. Hur mycket sitter du under ett normalt dygn om du räknar bort sömn?

- mindre än 4 timmar 4-7 timmar 7-10 timmar
 10-13 timmar 13-15 timmar så gott som hela dagen

FYSISK OCH PSYKISK HÄLSA

25. Här kommer en fråga om fysisk aktivitet. Längst till höger, 10, motsvarar en person som rör sig mycket, och längst till vänster, 0, motsvarar en person som ofta sitter stilla och inte rör sig så mycket. Kryssa i det nummer som bäst passar in på dig.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Jag mår...*

- mycket bra bra varken bra eller dåligt dåligt mycket dåligt

27. Hur tycker du att du sover?*

- mycket bra bra varken bra eller dåligt dåligt mycket dåligt

28. Känner du dig stressad på din fritid?*

- inte alls lite grann ganska mycket mycket

29 a. Hur ofta har du besvärande huvudvärk?*

- sällan/aldrig 1 gång/månad 1 gång/vecka mer än 1 gång/vecka i stort sett varje dag

29 b. Hur ofta har du besvärande ont i magen?*

sällan/aldrig	1 gång/månad	1 gång/vecka	mer än 1 gång/vecka	i stort sett varje dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29 c. Hur ofta har du ont i rygg, nacke eller axlar?*

sällan/aldrig	1 gång/månad	1 gång/vecka	mer än 1 gång/vecka	i stort sett varje dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29 d. Hur ofta har du värk i armar, ben eller knän?*

sällan/aldrig	1 gång/månad	1 gång/vecka	mer än 1 gång/vecka	i stort sett varje dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Om du har mens, har du då mensvärk eller andra besvär som ibland påverkar dig så att du stannar hemma från skolan eller väljer bort att vara med på fritidsaktiviteter?

nej ja, ibland ja, ofta eller alltid ej aktuell

31. Hur ofta använder du värktabletter?

aldrig	några gånger/år	några gånger/månad	några gånger/vecka	dagligen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32 a. Hur ofta har du känt dig ledsen eller nedstämd?*

sällan eller aldrig	ungefär 1 gång i månaden	ungefär 1 gång i veckan	mer än 1 gång i veckan	i stort sett varje dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32 b. Hur ofta har du varit irriterad eller på dåligt humör?*

sällan eller aldrig	ungefär 1 gång i månaden	ungefär 1 gång i veckan	mer än 1 gång i veckan	i stort sett varje dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32 c. Hur ofta har du känt dig orolig eller rädd?*

sällan eller aldrig	ungefär 1 gång i månaden	ungefär 1 gång i veckan	mer än 1 gång i veckan	i stort sett varje dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32 d. Hur ofta har du svårt att somna?*

sällan eller aldrig	ungefär 1 gång i månaden	ungefär 1 gång i veckan	mer än 1 gång i veckan	i stort sett varje dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALKOHOL, NIKOTIN OCH DROGER

33. Röker du (exempelvis cigarett, e-cigarett eller vape)?

aldrig har provat någon gång i månaden någon gång i veckan dagligen

34. Snusar du?

aldrig har provat någon gång i månaden någon gång i veckan dagligen

35. Dricker du alkohol (exempelvis folköl, starköl, vin, cider eller sprit)?

aldrig har provat någon gång i månaden någon gång i veckan dagligen

36. Om du blir erbjuden narkotika, hur skulle du svara då?

bestämt nej troligen nej kanske ja ja

37. Har du provat narkotika, narkotikaklassade läkemedel (exempelvis Tradolan, cannabis, spice, hasch, GHB, kokain, kath) eller anabola steroider?

nej ja

RELATIONER OCH RÄTTEN TILL DIN EGEN KROPP

38. Hur trivs du hemma?*

mycket bra bra varken bra eller dåligt dåligt mycket dåligt

39. Är du i ett förhållande med någon?

ja nej vet ej eller vill inte svara

40. Känner du dig oroad eller bekymrad för någon i din omgivning, till exempel vän eller familj?

nej ja

41. Har du någon vuxen att prata med om det som är viktigt för dig?*

ja nej

42. Har du någon kompis att prata med om det som är viktigt för dig?

ja nej

43. Alla har rätt att bestämma över sin egen kropp. Har du varit med om att någon gjort något mot dig som inte kändes bra?

nej ja

MITT LIV NU OCH I FRAMTIDEN

44. Har du några fritidsintressen?

ja nej

45. Känner du att du kan leva som den person du vill vara och känner dig som?

ja nej

46. Om du tänker på ditt liv i största allmänhet, var tycker du att du står just nu? Längst till höger, 10, motsvarar det bästa liv du kan tänka dig, och längst till vänster, 0, motsvarar det sämsta liv du kan tänka dig. Kryssa i det nummer som bäst passar in på dig.*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Hur ser du på framtiden? Bilden till höger symboliserar en stega. Siffran 10 högst upp på stegen motsvarar en positiv syn på framtiden och siffran 0 motsvarar en negativ syn.

	10	
	9	
	8	
	7	
	6	
	5	
	4	
	3	
	2	
	1	
	0	

Inför ditt hälsosamtal, fundera på om du har några frågor om din kroppsutveckling, om preventivmedel eller andra frågor om sex, identitet och/eller relationer.

*Fråga från Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insatser.

Formuläret gäller från och med augusti 2023.