

**Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst –  
seksjon for barn og unge (SSO-SBU)**

## HENVISNING

**Dato:** \_\_\_\_\_

Vi ønsker å være godt forberedt når vi møter pasient/pårørende, og ber derfor om at dette skjemaet benyttes ved henvisning til SSO-SBU.

*\* obligatorisk felt – må oppgis i henvisningen*

<b>*Pasientens navn</b>	<b>*f.nr. :</b>
<b>*Adresse</b>	
<b>*Postnr./sted</b>	
<b>* E-post</b>	
<b>*Telefon/mobiltelefon</b>	
<b>*Nasjonalitet (etnisitet)</b>	

<b>Mor</b>	<b>Far (<input type="checkbox"/> samme adr. som mor)</b>
<b>*Navn</b>	<b>*Navn</b>
<b>*f.nr</b>	<b>*f.nr.</b>
<b>*Adresse</b>	<b>*Adresse</b>
<b>*Postnr./sted</b>	<b>*Postnr./sted</b>
<b>*E-post</b>	<b>*E-post</b>
Mobiltelefon	Mobiltelefon
<b>*Yrke</b>	<b>*Yrke</b>
<b>*Nasjonalitet (etnisitet)</b>	<b>*Nasjonalitet (etnisitet)</b>

**Pasienten bor i hovedsak sammen med følgende voksne**
 Begge foreldre   
 Mor   
 Far   
 Delt omsorg   
 Fosterhjem/adoptert   
 Annet:

 **Pasienten bor i egen leilighet**
**Pasientens kontakt med lokale ressurser (oppgi ev. kontaktperson)**

<input type="checkbox"/> PPT	<input type="checkbox"/> Barnevern
<input type="checkbox"/> Kontaktlærer	<input type="checkbox"/> Rehabilitering
<input type="checkbox"/> BUPA	<input type="checkbox"/> NAV (stønader?)

**\*Kommunens kontaktperson overfor SSO-SBU (kommuneordinator):**

\_\_\_\_\_

**Pasientens helsekontakter**

**\*Fastlege:** \_\_\_\_\_

**\*Helsestasjon/skolehelsetjeneste:** \_\_\_\_\_

Lokalt sykehus: \_\_\_\_\_

Andre (f.eks. rehabiliteringssenter): \_\_\_\_\_

# PASIENTHISTORIKK

## Fødsel.

- Til termin  
 Før/etter termin;  
 uke: .

- Ukomplisert Vekt: \_\_\_\_\_  
 Tang/vakuum Lengde: \_\_\_\_\_  
 Keisersnitt Hodeomkrets: \_\_\_\_\_

## Barseltid

- Ukomplisert  
 Barnet innlagt nyfødtavdeling  
 Svangerskapsdiabetes

## Spedbarnsernæring

- Ammet Inntil måneder  
 Morsmelkerstatning Fra måneder

## Pasientens vekstutvikling

Alder	6mndr.	1 år	2 år	4 år	6 år	10 år	*Nå
Dato							
Lengde/høyde							
Vekt							
KMI							

Ta ev. med helsekortet, samt kopi av vekstkurver/tabell fra helsestasjonen/fastlege!

## Pasientens tidligere (T)/nåværende (N) sykdommer

- |                                   |                                   |                     |                                   |                                   |                       |                                   |                                   |                           |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>T</b> | <input type="checkbox"/> <b>N</b> | Astma               | <input type="checkbox"/> <b>T</b> | <input type="checkbox"/> <b>N</b> | Magesmerter           | <input type="checkbox"/> <b>T</b> | <input type="checkbox"/> <b>N</b> | Spiseforstyrrelse         |
| <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | Falsk krupp         | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | Diaré (>5 avf./dag)   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | Atferdsforstyrrelse       |
| <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | Forstørrede mandler | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | Kvalme                | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | Tvangslidelse             |
| <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | Mellomørebetennelse | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | Intoleranse           | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | Psykisk utviklingshemming |
| <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | Annet: _____        | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | Diabetes              | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | Utviklingsforstyrrelse    |
| <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | Allergi             | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | Hodepine              |                                   |                                   |                           |
| <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | Eksem               | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | Migrene               |                                   |                                   |                           |
| <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | Kreft               | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | Kramper               |                                   |                                   |                           |
| <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | Hjertesykdom        | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | Muskel/skjelettplager |                                   |                                   |                           |

## Legemidler pasienten bruker nå (både fast og ved behov):

Navn (f.eks. Paracet)	Styrke (f.eks. mg/ml)	Dose (f.eks. 1 tablett)	Antall/dag (f.eks. x 2)

## \*Har pasienten deltatt i andre vektreduserende program (oppgi hvilke)?

---



---



---

## \*Deltar pasienten i jevnlig fysisk aktivitet (oppgi hvilke)?

---



---



---

## FAMILIEHISTORIKK

### Foreldrenes nåværende vekt, høyde og KMI:

	Mor	Far
*Høyde (cm)		
*Vekt (kg)		
KMI		

### Barnet's søsken:

	Gutt	Jente	Fødselsdato	Ev. kroniske sykdommer
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### Søskens nåværende vekt, høyde og KMI:

Søsken nummer (se over)	1	2	3	4
Lengde/høyde (cm)				
Vekt (kg)				
KMI				

### Sykdommer hos søsken (S), mor (M) eller far (F):

	S	M	F
<b>Lungesykdom</b>			
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mage/tarmsykdom</b>			
Cøliaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk betennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stoffskiftesykdom</b>			
Kreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	S	M	F
<b>Hjertesykdom</b>			
Medfødt hjertefeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klaffefeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina/hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høy kolesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operert pga. fedme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annet:

---



---

### \*Har noen i nær familie hatt følgende sykdommer før de fylte 60 år ?

	Søsken	Mor	Far	Morfar	Mormor	Farmor	Farfar
Hjerte- og/eller karsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Type 2-diabetes (aldersdiabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høyt kolesterol el.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvorfor er det ønskelig med vurdering ved SSO-SBU?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Hvilken oppfølging tilbys i hjemkommunen parallelt med SSO-SBU - kontakten?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Vedlegg**

Dersom det foreligger relevante svar på analyser/undersøkelser, eller annen viktig dokumentasjon, bør kopi vedlegges.

**\*Henvisende instans**

Navn/instans/ev. stempel

Adresse

Postnr./sted

Tlf.

E-post

Henvisningsdato

**Henvisningen sendes til:**  
Sykehuset i Vestfold HF  
SSO-SBU  
Postboks 2168 Postterminalen  
3103 Tønsberg