

Hyvä vanhempi tai huoltaja

Vanhempana oleminen ei ole aina helppoa. Yksi tärkeimmistä lasten terveyskeskuksen (BVC) tehtävistä on auttaa perheitä, jotta lapset saavat turvallisen kodin. Sen vuoksi pyydämme kaikkia meillä käyviä perheitä vastaamaan seuraaviin kysymyksiin. Kysymykset koskevat aiheita, jotka voivat olla tuttuja monissa perheissä. Kysymykset koskevat sinua ja lastasi, kun käyt tänään terveyskeskuksessa. Lomakkeen täyttäminen on vapaaehtoista, voit vastata kaikkiin kysymyksiin, vain joihinkin kysymyksiin tai et ollenkaan.

Lapsen sukupuoli: _____ Lapsen ikä: ____ vuotta _____ kuukautta Vanhemman sukupuoli: _____

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> Ei | Tiedätkö, mihin numeroon on soitettava, jos lapsesi on niellyt jotain myrkyllistä? |
| <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> Ei | Onko kotiisi asennettu savuhälytint? |
| <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> Ei | Tupakoiko joku kotisi asukkaista? |
| <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> Ei | Oletko viimeksi kuluneen vuoden aikana ollut huolissasi, että rahasi eivät riitä kuukauden loppuun? |
| <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> Ei | Eikö sinulla ole viimeksi kuluneen vuoden aikana ollut varaa ostaa ruokaa tai vaatteita, joita lapsesi tarvitsee? |
| <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> Ei | Oletko ollut alakuloinen, masentunut tai tuntenut olosi toivottomaksi viime kuukausien aikana? |
| <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> Ei | Oletko viime kuukausien aikana ollut vähemmän kiinnostunut tai innostunut asioista, joista muuten olet kiinnostunut tai innostunut? |
| <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> Ei | Tunnetko olosi usein stressaantuneeksi? |
| <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> Ei | Onko lapsesi mielestäsi hankala? |
| <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> Ei | Tarvitsetko lisäapua lapsesi kanssa? |
| <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> Ei | Pelkäätkö, että menetät otteen lapsestasi? |
| <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> Ei | Onko nykyinen tai aikaisempi partnerisi joskus halventanut, loukannut tai valvonut sinua, esimerkiksi päättänyt keitä saat tavata, kuinka paljon rahaa sinulla saa olla, mitä vaatteita saat käyttää? |
| <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> Ei | Onko nykyinen tai aikaisempi partnerisi uhkaillut sinua, töninyt, lyönyt, potkinut tai vahingoittanut sinua jollakin muulla tavalla? |
| <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> Ei | Oletko pelännyt partneriasi tai jotain muuta lähiympäristösi ihmisiä? |

Kuinka usein juot alkoholipitoisia juomia?

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ei koskaan | <input type="checkbox"/> Kuukausittain tai harvemmin | <input type="checkbox"/> 2-4 kertaa kuukaudessa | <input type="checkbox"/> 2-3 kertaa viikossa | <input type="checkbox"/> 4 kertaa tai sitä useammin viikossa |
|-------------------------------------|--|---|--|--|

Kuinka monta alkoholipitoista juomaa (katso alla olevaa esimerkkiä) juot yleensä, kun juot?

- | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1-2 | <input type="checkbox"/> 3-4 | <input type="checkbox"/> 5-6 | <input type="checkbox"/> 7-9 | <input type="checkbox"/> 10 tai sitä enemmän |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|

Kuinka usein juot yli kuusi alkoholijuomaa yhdellä kertaa?

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ei koskaan | <input type="checkbox"/> Harvemmin kuin kerran kuukaudessa | <input type="checkbox"/> Kuukausittain | <input type="checkbox"/> Viikoittain | <input type="checkbox"/> Päivittäin tai lähes päivittäin |
|-------------------------------------|--|--|--------------------------------------|--|



- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Kyllä | <input type="checkbox"/> Ei | Onko sinulla muita ongelmia, joiden ratkaisemiseen tarvitsisit apua tänään? |
|--------------------------------|-----------------------------|---|

Paljon kiitoksia!