



--	--

**Smitta/MRSA**

Ja      Nej	Vad:
-------------	------

**Förskola/Skola**

Skolans namn
Avdelning/klass
Kontaktperson
Telefon
Vårdnadshavare ger sitt samtycke till att utredningsenheten tar kontakt med skola/förskola

**Frågeställning**

--

**Ge en kortfattad beskrivning av barnets fungerande i olika miljöer, barnets styrkor och svårigheter. Vad föranleder er oro?**

Barnets ev. fastställda diagnos:
----------------------------------

Uppmärksamhet/koncentration (ex i situation som eleven förstår, ej kopplat till lärsituation)
---

--

Aktivitet/Impulsivitet (ex ej under affekt eller i situation som eleven inte förstår, ej kopplat till lärsituation)

--

Kamrater (ex social ömsesidighet, intresse för andra barn)

--

Kommunikation (ex ev missförstånd i relationer, kan barnet läsa av situationer, kan andra läsa av barnet, verbal förmåga)

--

Flexibilitet (ex utföra uppgifter så som förväntas i situation som barnet förstår, hantera förändringar, vikarier)

--

Inläring (når eleven alla kunskapsmål, om inte – vad brister? Vad är skolans bedömning om varför eleven inte når målen)? Underlag för bedömningen (får eleven adekvat stöd)? Kan skolan utesluta att elevens svårigheter beror på specifika eller generella inläringssvårigheter? (kvantitativt underlag, i form av t ex kognitivt test eller tydliga exempel på självständig prestation från elevens sida)

Frånvaro

Humör – arg, ledsen, orolig

### Omgivningsfaktorer

I vilka miljöer framkommer svårigheterna?

När fungerar det bra?

Hur fungerar vardagsrutiner som sömn, mat, hygien?

Annan viktig information ex. familjesituation, ärftlighet, språk, sjukdomar

### **Pågående insatser/utredningar**

Tidigare / pågående utredningar och insatser i skola, BUP, habilitering, socialtjänst?

Aktuella/planerade insatser från skola, förskola, socialtjänst, hälso- och sjukvård Ev frånvarokartläggning, alternativa läroverktyg, åtgärdsprogram, särskilt stöd

Bilagor som genomförda utredningar, åtgärdsplaner etc bifogas till remiss.

Ort och datum
Skola
Underskrift rektor
Namnförtydligande

Remiss och bilagor skickas till:

**Habiliteringen**  
**Blekingesjukhuset**  
**374 80 Karlshamn**