

Remiss

Remiss till: Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning, för barn 0 - 6 år

Remittent: Socialtjänst, förskola/ elevhälsa, annan kommunal förvaltning

Remiss gäller för barn- och ungdomspsykiatri i Region Blekinge. Vänligen fyll i, skriv ut och skriv under.

Observera att remissen beroende på frågeställning, i möjligaste mån innehåller pedagogiska, psykologiska och medicinska fakta så att remissmottagaren kan bedöma rätt vårdnivå. Bifoga gärna aktuella dokument som är relevanta för något/några avsnitt i remissen.

Avsnitt med * är obligatoriska uppgifter.

1. Remissen gäller *

Namn		Personnummer	
Adress			
Har barnet skyddad identitet?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är barnet informerat om kontakt med Bup?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

2. Vårdnadshavare *

Förälder 1	Vårdnadshavare?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Namn		Personnummer	
	Adress			
	Mobiltelefon		Mejladress	
Förälder 2	Vårdnadshavare?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Namn		Personnummer	
	Adress			
	Mobiltelefon		Mejladress	
Annan vårdnadshavare/ställföreträdare	Namn		Personnummer	
	Adress			
	Mobiltelefon		Mejladress	
Har vårdnadshavare godkänt remissen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Finns det behov av tolk?		<input type="checkbox"/> Ja	Språk <input type="checkbox"/> Nej	

Kontaktuppgifter till förskola

Förskola	
Kontaktperson	
Mobiltelefon	Mejladress

3. Remissens avsändare*

Namn	
Titel/yrke	
Verksamhet	
Postadress	
Mobiltelefon	Mejladress

4. Problembeskrivning och hälsosituation *

Frågeställning *

--

Orsak till remiss *

Observerade svårigheter, orsak till oro, beskrivning av barnpsykiatriska symtom, beteendeavvikelse, trauma, självdestruktivitet, sömn- och kostvanor, tecken på annan ohälsa.

--

Familjens situation

Familjeförhållande gällande barnet*, familjens resurser, familjemedlemmars fysiska och psykiska hälsoproblem, ärftlighet.

Förskolesituation

Närvaro, måluppfyllelse, inlärningssvårigheter

Utvecklingshistorik: fysisk- och psykisk hälsa (Nuvarande och tidigare)

Har barnet följt gängse program för hälsobesök inom barnhälsovård?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Medicinering	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej känd
Kommentar			
Hörsel- eller synnedläggning?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ej känd
Kommentar			

Barnets svårigheter att fungera i vardagslivet (exempelvis i samspel med omsorgspersoner, i hemmiljön, förskolan, lek- och fritidsaktiviteter, kamratrelationerna)? Bedöm vilken grad av generell funktionsnedsättning du bedömer att barnet har. Använd skalan 1–5 där 1 betyder ingen påverkan och 5 betyder betydande funktionsnedsättning.

 1
 2
 3
 4
 5

Hur länge har problemen funnits? *

5. Tidigare bedömning/andra kontakter och somatik

Tidigare bedömning/utredning/utlåtande

Pedagogisk kartläggning	<input type="checkbox"/> Ja	Bifogas	<input type="checkbox"/> Nej
Utfört när		Var	
Psykologbedömning	<input type="checkbox"/> Ja	Bifogas	<input type="checkbox"/> Nej
Utfört när		Var	
Logoped	<input type="checkbox"/> Ja	Bifogas	<input type="checkbox"/> Nej
Utfört när		Var	
Kommentar			

Elevhälsa	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Kommentar				

6. Åtgärder och utvärdering av insatser

Aktuella/planerade åtgärder medicinska, pedagogiska eller psykosociala åtgärder från förskola/
socialtjänst/hälso- och sjukvård.

--

Utvärdering av tidigare insatser medicinska, pedagogiska eller psykosociala utvärderingar från förskola/
socialtjänst/hälso- och sjukvård.

--

Vänligen fyll i, skriv ut och skriv under. Skicka därefter in remissen till Barn- och ungdomspsykiatrisk
mottagning.

Ort	Underskrift inremitterande
Datum	Namnförtydligande

Remissen skickas till:

Barn- och ungdomspsykiatri
Ställverksvägen 2
374 39 Karlshamn