

Barn- och ungdomspsykiatri

Remiss till: BUP-mottagningen

Remittent: socialtjänst, förskola/ elevhälsa, annan kommunal förvaltning

Remissmallen 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? Ja Nej

Är barnet informerat om kontakt med Bup? Ja Nej

Vilken är barnets egen inställning till kontakt med Bup?

--

2. VÅRDNADSHAVARE*

Förälder 1 - Vårdnadshavare? Ja Nej

Namn:	Personnummer:
Adress:	
Mobiltelefon:	
Mejladress:	

Förälder 2 - Vårdnadshavare? Ja Nej

Namn:	Personnummer:
Adress:	
Mobiltelefon:	
Mejladress:	

Annan vårdnadshavare/ ställföreträdare

Namn:	Personnummer:
Adress:	



Mobiltelefon:

Mejladress:

Har vårdnadshavare godkänt remissen? Ja Nej

Finns det behov av tolk?

Ja Språk:Nej

Kontaktuppgifter till förskola/skola

Förskola/skola

Årskurs:

Kontaktperson:

Mobiltelefon:

Mejladress:

3. REMISSENS AVSÄNDARE*

Namn:

Titel/yrke:

Verksamhet:

Mobiltelefon:

Postadress:

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, hur länge problemen har funnits.

--



Familjens situation

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

Förskole-/skolsituation

Närvaro, måluppfyllelse, inlärningssvårigheter.

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

Har barnet följt gängse program för hälsobesök inom barnhälsovård?

Ja Nej

Medicinering Ja Nej Ej känd

Kommentar



Hörsel- och/ eller synnedsättning? Ja Nej 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: Ja Bifogas: Nej

Utfört när: Var:

Psykologbedömning: Ja Bifogas: Nej

Utfört när: Var:

Logoped: Ja Bifogas: Nej

Utfört när: Var:

Kommentar

Elevhälsa: Ja Nej

Kommentar

6. ÅTGÄRDER OCH UTVÄRDERING AV INSATSER

Aktuella/planerade åtgärder

Medicinska, pedagogiska, psykosociala åtgärder från förskola/socialtjänst/hälso- och sjukvård.

Utvärdering av tidigare insatser

Medicinska, pedagogiska psykosociala utvärderingar från skola/socialtjänst/hälso- och sjukvård.

Vänligen fyll i, skriv ut och skriv under. Skicka därefter in remissen till BUP mottagning.

Ort och datum

Underskrift inremitterande

Namnförtydligande

Remissen skickas till:

Barn-och ungdomspsykiatri

Ställverksvägen 2

374 39 Karlshamn