NPF-remiss BUP och habiliteringen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aktuell frågeställning: | ADHD | Autism | Neuropsykiatri ospecificerat |
| Differentialdignostiska överväganden: |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Remissdatum | Personnummer |
|  |  |
| Barnets namn | Adress |
|  |  |
| Postnummer och ort | Telefon |

Vårdnadshavare

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Namn: |
| Adress: | Adress: |
| Telefon: | Telefon: |
| E-post: | E-post: |

Uppgifter remittent

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Remissen utfärdad av | Skola |
|  |  |
| Kontaktperson | Telefon till kontaktperson |

Beskrivning skolsituation

|  |
| --- |
| **Sammanfatta elevens skolsituation och skolmiljö** |
|  |

|  |
| --- |
| **Beskriv elevens närvaro i skolan** |
|  |

|  |
| --- |
| **Vårdnadshavares beskrivning av elevens eventuella svårigheter i hemmet** |
|  |

Når eleven målen enligt läroplanen? Ja  Nej

Har eleven läs- och skrivsvårigheter? Ja  Nej   
*Om ja, beskriv svårigheter, anpassningar, stöd och ev. kartläggning?*

Anpassningar/särskilt stöd

|  |
| --- |
| **Vilka extra anpassningar har gjorts i skolan?** |
|  |
| **Vilket resultat?** |
|  |

Finns utredning om särskilt stöd? Ja  Nej   
*Om ja, ange typ av utredning?*

Symptom

|  |  |
| --- | --- |
| **Symtom** | **Beskriv hur funktionen påverkas** |
| Nedsatt koncentrationsförmåga/ uppmärksamhet |  |
| Impulsivitet |  |
| Hyperaktivitet |  |
| Tics |  |
| Kontakt med jämnåriga |  |
| Bristande ögonkontakt |  |
| Kommunikation, kroppsspråk |  |
| Beteendeavvikelser |  |
| Nedstämdhet |  |
| Ångest |  |
| Övrigt |  |

Bedömning (kort sammanfattning)

|  |
| --- |
| **Psykologisk bedömning** |
|  |
| **Medicinsk bedömning (skolläkare i samråd med skolsköterska)** |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nuvarande kontakter | Barn.spec | HAB | BUP | Socialtjänst |

**För att remissen ska vara komplett ska följande bifogas:**

|  |  |
| --- | --- |
| Pedagogiskt utlåtande vid NPF-remiss | Åtgärdsprogram om särskilt stöd finns |
| Psykologens bedömning | Medicinsk bedömning |
|  | Ev. tidigare utredningar |

**Bifogade dokument**  **Ja**  **Nej**

**Behövs tolk?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nej | Ja | Ange språk: |

**Om eleven är placerad enligt SoL eller LVU**

|  |  |
| --- | --- |
| Familjehem |  |
| HVB-hem |  |
| SiS-institution |  |
| Kontaktperson namn och tel |  |
| Handläggare socialtjänsten |  |

**Har elev/vårdnadshavare samtyckt till att journalkopior får rekvireras?**

Ja  Nej

**Remissen har skrivits i samråd med vårdnadshavare**

Ja  Nej

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Underskrift remittent** |  |

Adress för remissvar

Remissen skickas till:

Remissbedömningsgruppen   
Barn- och ungdomspsykiatrin  
Akademiska sjukhuset  
751 85 Uppsala

*Eller*

Habiliteringen för barn och vuxna  
Box 26074  
750 26 Uppsala