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