

## Bilaga 3

### Elektronisk remissblankett

Följ gärna rubrikerna för att underlätta bedömning av utredningsbehov. Ofullständig remiss där utredningsbehov inte kan fastställas returneras för komplettering.

Förskolebarn/skolbarn remitteras för extern utredning om barnet har **betydande kvarstående svårigheter** i förskolan/skolan **efter att stödinsatser satts in** och om det finns skäl att tro att **insatser från sjukvården skulle vara till stor nytta** för barnet.

<b>Avsändare</b> Verksamhet Adress Telefon Kombikod	<b>Patient</b> Personnummer Namn Adress
<b>Mottagare</b> Verksamhet Adress	
<b>Remissdatum</b> ÅÅÅÅ-MM-DD	<b>Remittent</b> Namn Befattning
<b>Frågeställning</b>	
<b>Förälder</b> Namn Adress Telefon Vårdnadshavare Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<b>Förälder</b> Namn Adress Telefon Vårdnadshavare Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<b>Eventuell annan vårdnadshavare</b> Namn Adress Telefon	
<b>Vårdnadshavare har informerats om remiss och frågeställning</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
<b>Vårdnadshavare accepterar att remissen vidarebefordras till enhet med kortast väntetid</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
<b>Behov av tolk?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<b>Vilket språk?</b> _____
<b>Förskola/skola</b> Namn Avdelning/klass Kontaktperson Telefon	

**SYMTOMBILD – Beskriv patientens svårigheter/beteende i hemmet och i förskola/skola**

A. Samspel och kommunikation (språk, kontakt med jämnåriga/vuxna, lek)

B. Dagliga aktiviteter (mat, sömn, kläder, toalettbesök, hygien, fritid)

C. Uppmärksamhetsförmåga (lyssna, arbeta uthålligt, fokusera)

D. Exekutiv förmåga (följa instruktioner, organisera sitt arbete, igångsättning)

E. Impulsivitet (i handling, tal)

F. Aktivitetsnivå (låg/hög, motorisk oro, inre oro)

G. Fin- och grovmotorik

H. Kraftiga beteendeavvikelser

I. Föräldrarnas och eventuellt barnets/ungdomens beskrivning

**FÖRSKOLEBARN/SKOLBARN – Funktion och anpassning**

A. Symtomens inverkan på barnets/ungdomens dagliga funktionsförmåga

B. Vilka stödinsatser har prövats i undervisningen? Hur har barnet/ungdomen svarat på dessa?

**BEDÖMNINGAR – Medicinsk bedömning av skolläkare (skolbarn) eller barnläkare (förskolebarn)**

A. SKOLA – Hur bedömer du elevens intellektuella förutsättningar att nå kravnivåerna i undervisningen? Vilket/vilka bedömningsunderlag har använts (intervju, formulär, skattningsskala etc.)?

B. FÖRSKOLA/SKOLA - Vilka svårigheter förekommer i barnets/ungdomens sociala situation, hemma eller i förskolan/skolan, som bedöms påverka funktionsförmåga och mående?

C. FÖRSKOLA/SKOLA – Hur påverkar studie-/arbetsmiljön i förskolan/skolan barnets/ungdomens funktionsförmåga och mående?

D. Remittentens sammanfattade bedömning

**ANNAN RELEVANT INFORMATION** (till exempel social situation, ärftlighet, funktionsnedsättning, pågående kontakt inom kommun och/eller hälso- och sjukvård)

## **BIFOGADE OBLIGATORISKA HANDLINGAR**

**Pedagogisk beskrivning från förskola (OBS! om möjligt)/från skola (OBS! obligatoriskt) Ja**

För skolelever ska framgå:

- Vilka stödinsatser som prövats i undervisningen och hur eleven svarat på dessa.

Vidare ska skolan tagit ställning till att svårigheterna

- Inte beror på att barnets kognitiva förutsättningar inte når upp till kravnivån i undervisningssituationen.
- Inte beror på barnets sociala situation i skolan.
- Inte kan hänföras till barnets studie-/arbetsmiljö i skolan.

**Sammanfattande information från barnhälsovården (BHV)/elevhälsans medicinska insats (EMI) som innehåller:**

- Barnläkarens/skolläkarens medicinska bedömning
- Utfall av kontroll av syn och hörsel och tillväxt

### **Andra bedömningar/utredningar**

#### **Psykologbedömning**

Ja      Nej

#### **Logopedutredning**

Ja      Nej

#### **Annan utredning**

Ja      Nej

**Om ja, vilken?**