

Personnummer:

Elevhälsans remissmall

Fyll i de rubriker som ni anser vara av värde för att belysa barnets behov, mående och funktion. Alla rubriker är däremot inte tvingande. Bifogad dokumentation över eventuell extra anpassning, utredning och åtgärdsprogram.

Vid tecken på självmordsnära beteende skickas ingen remiss, kontakt tas direkt med BUP

Remissdatum _____

Skyddad identitet

Ja

Nej

Elev

Namn	
Personnummer	
Adress	
Postnummer	Ort
Tel	

Vårdnadshavare

Namn	Namn
Adress	Adress
Telefonnummer, mailadress	Telefonnummer, mailadress
Förälder Ja Nej	Förälder Ja Nej

Behov av tolk? Ja Nej	Om ja, vilket språk?
-------------------------------	----------------------

Remiss till barn- och ungdomspsykiatri

Personnummer:

Pågående myndighetskontakt (som elevhälsan har kännedom om)

Myndighet	Aktuell handläggare (namn, titel)
	Telefonnummer

Om barnet är placerat enligt SoL LVU LSS

Familjehem	Handläggare
HVB-hem	Vem ska vara barnet behjälplig i kontakten med BUP?
SiS-institution	Ska biologisk förälder kallas till BUP-kontakten? Ja Nej
Kontaktperson	Telefonnummer

Asylsökande

LMA-nummer	Ankomstdatum till Sverige
God man, kontaktuppgifter	HVB-hem/familjehem kontaktuppgifter

Skola

Skola	Årskurs
Rektor	Telefonnummer

Remiss till barn- och ungdomspsykiatri

Personnummer:

Skolsköterska	Telefonnummer
Remittent (namn, titel)	Telefonnummer

Frågeställning

--

Psykiska symtom

<p>Vilka symtom (psykiska och eller fysiska) på ohälsa föreligger?</p> <p>Vid ätstörning ange symtom som exempelvis viktfoxi, skev kroppsuppfattning etc</p>
--

Beteendefunktion

<p>Vilka beteenden skapar problem för eleven och/eller dess omgivning? (exempelvis passiv/aktiv känslighet för förändringar, tendens att fastna i beteendemönster/låsningar, utåtagerande beteende, annorlunda rörelsemönster och/eller tics etc)</p>

Remiss till barn- och ungdomspsykiatri

Personnummer:

Annat/övriga kommentarer (till exempel skolbyten, oroväckande frånvaro)

Tidigare utredningar (om möjligt ange datum)

Eventuell fastställd diagnos

Somatiska sjukdomar

Vid ätstörning ange eventuell amenorré, aktuell längd, vikt, BMI, viktförändring (bifoga gärna tillväxtkurva)

Remiss till barn- och ungdomspsykiatri

Personnummer:

Finns/har det funnits misstanke om bruk/riskbruk/missbruk av alkohol, narkotika, doping eller tobak hos eleven?

Delar eleven själv skolans bild av det som beskrivs i remissen?

Ja Nej

Delar vårdnadshavare skolans bild av det som beskrivs i remissen?

Ja Nej

Upplever eleven själv svårigheter hemma eller på fritiden?

Ja Nej

Om ja, vilka specifika situationer?

Upplever vårdnadshavare att eleven har svårigheter hemma eller på fritiden?

Ja Nej

Om ja, vilka specifika situationer?

Andra omständigheter som är viktigt att BUP får kännedom om?

Remiss till barn- och ungdomspsykiatri

Personnummer:

Underskrift remittent

Namnförtydligande

Datum

Adress för remissvar

Adress	
Postnummer	Ort

Samtycker vårdnadshavare till att BUP vid behov inhämtar ytterligare information/dokumentation från skolan?

Ja Nej

Skicka remissen till:

**Barn- och ungdomspsykiatri
Centralsjukhuset
651 85 Karlstad**