

Remiss till Första linjen- eller Bupmottagning remittent: hälso- och sjukvård samt elevhälsa

Remissmallen gäller för alla Första linjen- samt barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar i hela Skåne. Vänligen fyll i, skriv ut och skriv under.

Observera att remissen behöver innehålla pedagogiska, psykologiska och medicinska fakta så att mottagaren av remissen kan bedöma rätt vårdnivå. Bifoga gärna aktuella dokument som är relevanta för något/några avsnitt i remissen. Vid ätproblematik ska längd- och viktkurva bifogas.

A. Remissen gäller

Namn:
Personnummer:
Adress:
Mobilnummer (barn över 12 år):
Mejladress:

Har barnet skyddad identitet?	Ja	Nej
Är barnet informerat om kontakt med Bup?	Ja	Nej
Godkänner barnet att få sms-aviseringar till sitt mobilnummer?	Ja	Nej

Vilken är barnets egen inställning till kontakt med Bup?

B. Vårdnadshavare

Förälder 1 – Vårdnadshavare? Ja Nej

Namn:
Personnummer:
Adress:
Mobilnummer:
Mejladress:

Godkänner föräldern att få sms-
aviseringar till sitt mobilnummer? Ja Nej

Förälder 2 – Vårdnadshavare? Ja Nej

Namn:
Personnummer:
Adress:
Mobilnummer:
Mejladress:

Godkänner föräldern att få sms-
aviseringar till sitt mobilnummer? Ja Nej

Annan vårdnadshavare (eller god man)

Namn:
Personnummer:
Adress:
Mobilnummer:
Mejladress:

Godkänner vårdnadshavaren (eller
god man) att få smsaviseringar till
sitt mobilnummer? Ja Nej

Har vårdnadshavare godkänt
remissen? Ja Nej

Finns det behov av tolk? Ja Nej

Språk:

C. Kontaktuppgifter till förskola/skola

Namn på förskola/skola:
Årskurs:
Kontaktperson:
Mobilnummer:
Mejladress:

Godkänner vårdnadshavare att frågor skickas till förskola/skola? Ja Nej

D. Remissens avsändare

Namn:
Titel/yrke:
Verksamhet:
Mobilnummer:
Postadress:
Mejladress:

E. Problembeskrivning och hälsosituation

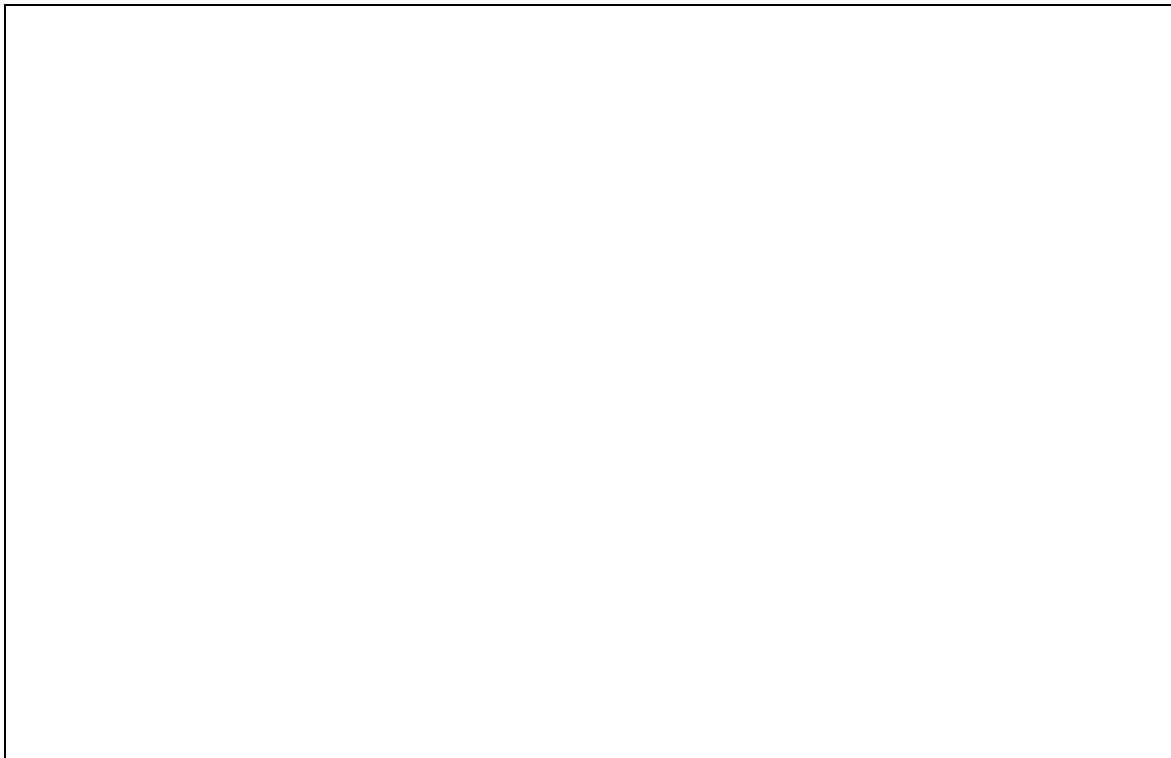
Orsak till remiss

Observerade svårigheter, orsak till oro, beskrivning av barnpsykiatriska symtom, beteendevikelse, trauma, missbruk, självdestruktivitet, sömn- och kostvanor, tecken på annan ohälsa, hur länge problemen har funnits.



Familjens situation

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



Skolsituation

Närvaro, måluppfyllelse, inlärningssvårigheter.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for handwritten notes regarding the student's school situation, including attendance, goal fulfillment, and learning difficulties.

Somatisk hälsa nu och tidigare

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for handwritten notes regarding the student's current and past somatic health.

Har barnet följt gängse program för
hälsobesök inom barn-hälsovård
och elevhälsa?

Ja

Nej

Medicinering

Ja

Nej

Ej känd

Kommentar

Hörselnedsättning

Ja

Nej

Ej känd

Kommentar

Problem och svårigheter i vardagen

Har barnet svårigheter att fungera i vardagen (exempelvis i familjelivet, i skolan, på fritiden och gällande 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?

F. Tidigare bedömning, andra kontakter och somatik

Tidigare bedömning/utredning/utlåtande

Pedagogisk bedömning Ja Bifogas Nej

Utförd år:

Var:

Psykologbedömning Ja Bifogas Nej

Utförd år:

Var:

Logopedbedömning Ja Bifogas Nej

Utförd år:

Var:

Andra kontakter

Socialtjänst Ja Nej

Kommentar

Elevhälsa Ja Nej

Kommentar

G. Åtgärder och utvärdering av insatser

Genomförda och aktuella åtgärder

Beskriv vilka insatser och åtgärder som är gjorda och vilka som pågår. Exempelvis pedagogiska, psykologiska, psykosociala och medicinska insatser från skola, socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård.

Utvärdering insatser

Hur har ovan beskrivna insatser och åtgärder fungerat?

Planerade insatser

Beskriv planerade insatser och åtgärder. Exempelvis pedagogiska, psykologiska, psykosociala och medicinska insatser från skola, socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård.

Underskrift

Vänligen fyll i, skriv ut och skriv under. Skicka därefter in remissen.
Adressuppgifter hittar du på vardgivare.skane.se/remissbup

Ort och datum

Underskrift inremitterande

Namnförtydligande

Hänvisa din patient till mer information

Berätta gärna om Bups webbplats och Bup Skåne online för din patient. Där finns fakta, självhjälp och råd kring psykisk hälsa. Där finns även information om första besöket på Bup.

[Bup Skåne online - råd till unga, närstående och viktiga vuxna \(vard.skane.se\)](http://vard.skane.se)

[Om första besöket på Bup \(vard.skane.se\)](http://vard.skane.se)