

Barn- och Ungdomspsykiatriska kliniken, US Linköping

Om du som vårdnadshavare har som önskemål att ditt barn ska genomgå en utredning av uppmärksamhetsstörning (ADHD samt ADD) eller autismspektrumstörning hänvisas Ni i första hand till förskolan / skolan. För att en utredning av ovanstående diagnoser ska bli aktuellt inom BUP bör ditt barns svårigheter vara av sådan art att förskola / skola bedömer att det finns behov av att genomföra en kartläggning av problematik och därefter anpassa skolsituationen. Om anpassningar ej förbättrar skolsituationen för ditt barn bör skolan ta ställning till BUP-remiss. **Egenremiss från vårdnadshavare, utan skolans kartläggning och bedömning av anpassningarnas effekt, kommer ej prioriteras.**

Vid problematik såsom nedstämdhet/depression, oro/ångest eller tvång av lindrig till medelsvår grad hänvisas Ni i första hand ta kontakt med förstalinjens psykiatri:

Vårdgivare	Målgrupp	Telefonnummer
Barnhälsovårdsenheten	Barn mellan 0-6 år och deras familj	010-103 50 27
Råd stöd och hälsa	Barn mellan 6-15 år och deras familj	010-105 96 87
Unga Vuxna	Ungdomar/unga vuxna mellan 16-25 år	010- 105 91 99

Vänligen läs igenom hela remissen innan Ni svarar på frågorna. * obligatoriska uppgifter.

Patientuppgifter*

Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx):	
Efternamn:	Förnamn:
Adress	
Postnummer och ort:	
Telefonnummer:	
Mailadress:	

Vårdnadshavare 1/förälder/anhörig*

Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx):	
Efternamn:	Förnamn:
Adress	
Postnummer och ort:	
Telefonnummer:	
Mailadress:	

Vårdnadshavare 2/förälder/anhörig *

Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx):	
Efternamn:	Förnamn:
Adress	
Postnummer och ort:	
Telefonnummer:	
Mailadress:	

Uppgiftslämnare*

Vårdnadshavare 1 <input type="checkbox"/>	Vårdnadshavare 2 <input type="checkbox"/>	Patienten <input type="checkbox"/>
Annan (ange relation) <input type="checkbox"/>		

Övrig information*

Är båda vårdnadshavarna överens om att remiss skrivs till BUP-mottagning, US Linköping? Ja, båda <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
En av vårdnadshavarna har godkänt remiss <input type="checkbox"/> Vem (var god skriv namn)?
Behov av tolk/teckentolk? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Språk/teckenspråk:

Familj och boende*

Hos vem bor barnet? Vårdnadshavare 1 <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare 2 <input type="checkbox"/> Växelvis <input type="checkbox"/>
Annat (ange var) <input type="checkbox"/>
Vilka ingår i familjen (skriv namn och ålder)?

Har ni som familj någon gång haft kontakt med Socialtjänsten?

Ja Nej

Om Ni svarat ja på frågan ovan, vänligen beskriv vad som föranledde kontakten, hur länge den varade samt vilket typ av insats Ni erhöll.

Om kontakten med socialtjänsten är pågående, godkänner Ni att vi vid behov tar kontakt med socialsekreteraren.

Ja Nej

Om Ni svarat ja på frågan ovan, vänligen skriv ner kontaktuppgifter till socialsekreteraren.

Namn:

Telefonnummer:

Mailadress:

Symtom/svårigheter/problematik*

Beskriv vilka svårigheter du uppmärksammat hos barnet/ungdomen (Var så utförlig som möjligt i Er beskrivning)

När debuterade svårigheterna (årtal/månad)?

Har något hänt som kan ha föranlett svårigheterna?

Ja Nej

Om Ni svarat ja på frågan ovan, beskriv kortfattat händelsen/det som inträffat.

Vem uppmärksammade svårigheterna först (du som vårdnadshavare, barnhälsovård, skolan, annan person)?

Har Ni sökt hjälp för svårigheterna hos någon annan vårdgivare (Barnhälsovården, Råd, Stöd och Hälsa, Ungdomsmottagning, Unga Vuxna etc)?

Ja Nej

Om Ni svarat ja på frågan ovan, vänligen skriv vilken vårdgivare och vad för hjälp/insats Ni erhållit.

Hur påverkar svårigheterna barnet/ungdomen i **hemmiljön** (vänligen ge konkreta exempel och var så utförlig som möjligt i ditt svar):

Hur påverkar svårigheterna barnet/ungdomen i **Skolan** (vänligen ge konkreta exempel och var så utförlig som möjligt i ditt svar):

Hur påverkar svårigheterna barnet/ungdomen på **fritiden** (vänligen ge konkreta exempel och var så utförlig som möjligt i ditt svar):

Har barnet/ungdomen någon gång blivit utsatt för våld eller trauma?

Ja Nej

Om Ni svarat ja på frågan ovan, vänligen beskriv när i tid samt vad barnet/ungdomen utsatts för.

Uppgifter om skola*

Vilken förskola/skola går barnet/ungdomen i samt vilken årskurs/program:

Namn klasslärare/mentor:

Telefonnummer klasslärare/mentor:

Mailadress klasslärare/mentor:

Når ditt barn/ungdom målen i skola?

Godkänd i samtliga ämnen

Underkänd i ämnet/ämnena:

Svenska Engelska Matematik NO-ämnen SO-ämnen Idrott

Slöjd Bild Andra ämnen (ange vilket/vilka)

Om barnet/ungdomen erhållit underkända betyg i något/några ämnen, vilka åtgärder/anpassningar har förskolan/skolan genomfört för barnet/ungdomen?

Har förskolan/skolan genomfört någon utredning (av psykolog/logoped eller annan) eller pedagogisk kartläggning och i sådant fall vad var slutsatsen?

Hur ser barnet/ungdomens närvaro ut i skolan?

Har barnet/ungdomen blivit utsatt för mobbning?

Får vi samtycke till att, vid behov, inhämta information från skolan?

Ja Nej

Sömnvanor*

Tid för läggning vardagar:	Tid för insomning vardagar:
Tid för läggning helger:	Tid för insomning helger:
Beskriv barnets/ungdomens rutiner timmen innan läggning (ex tränar, spelar dataspel, läser bok, tittar på film, intar måltid etc):	
Förekommer nattliga uppvaknanden? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om Ni svarat ja på frågan ovan, vänligen skriv hur ofta (ex 1 ggr natt/vecka/månad) och ungefärlig tid på dygnet samt hur länge ditt barn/ungdom är vaken nattetid:	
Förekommer dagtrötthet som resulterar i att barnet/ungdomen lägger sig och vilar/sover under dagen? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om Ni svarat ja på frågan ovan, vänligen skriv hur ofta och hur länge ditt barn vilar/sover på dagtid samt när under dygnet det sker (ex somnar kl 16:00 och sover vanligtvis 2 timmar ca 2 dagar/v)	

Kostvanor*

Barnet/ungdomen intar: Frukost <input type="checkbox"/> kl..... Mellanmål/frukt förmiddag <input type="checkbox"/> kl..... Lunch <input type="checkbox"/> kl..... Mellanmål/frukt eftermiddag <input type="checkbox"/> kl..... Middag/kvällsmål <input type="checkbox"/> kl.....
Upplever du som vårdnadshavare att barnet/ungdomens kostintag är tillräckligt utifrån dennes behov? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om Ni svarat nej på frågan ovan, vänligen beskriv kortfattat det som du uppmärksammat (ex bristande/för stort/ensidigt intag till ex frukost/lunch/middag etc). Om Ni svarat nej på frågan ovan, vänligen skriv nedan när problematiken debuterade (år/månad).

Dricker ditt barn energidrycker?

Ja Nej

Om Ni svarat ja på frågan ovan, vänligen skriv mängden energidryck/dag eller per vecka samt när på dygnet barnet/ungdomen intar drycken.

Fritid*

Vad uppskattar ditt barn att göra på fritiden?

Håller barnet/ungdomen på med någon fysisk aktivitet?

Ja Nej

Om Ni svarat ja på frågan ovan, vänligen skriv vilken aktivitet och hur ofta det sker per vecka.

Hur många timmar spenderar ditt barn/ungdom framför skärm (data/mobil/tv-spel)?

0-2 h/dag 3-4 h/dag 5-6 h/dag 7 h eller mer

Vänligen skriv vilken tid på dygnet som ditt barn/ungdom sitter framför skärm (ex från kl 16:00-18:00)

Socialt nätverk*

Har barnet/ungdomen kamrater som denne umgås med i skolan eller på fritiden?

Ja Nej

Om Ni svarat ja på frågan ovan, vänligen beskriv hur ofta det sker.

Har umgänget förändrats något den senaste tiden (ex nytt kamratgäng, ointresse för umgänge etc)

Ja Nej

Om Ni svarat ja på frågan ovan, vänligen beskriv varför du tror att det utvecklats sig på det viset.

Uppstår det mycket konflikter mellan barnet/ungdomen och dennes kamrater?

Ja Nej

Om Ni svarat ja på frågan ovan, vänligen beskriv varför du tror att konflikterna uppstår och när i tid du först uppmärksammade det.

Alkohol, tobak och droger*

Finns misstankar om/eller tidigare bruk av något av nedanstående, vänligen kryssa i rutan:

Alkohol Tobak Droger

Om Ni svarat ja på frågan ovan, vänligen beskriv mer utförligt nedan (ex hur ofta barnet/ungdomen dricker alkohol, antal cigaretter/dag etc).

Vid misstanke eller bruk av droger, vänligen ange vilken typ av drog samt om barnet/ungdomen haft kontakt med MiniMaria/MiniMoa eller liknande vårdgivare.

Ärftlighet*

Finns det någon ärftlighet för psykisk sjukdom eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning?

Ja Nej

Om Ni svarat ja på frågan ovan, vänligen beskriv vilket typ av sjukdom/funktionsnedsättning (ex depression, ångest, tvång, psykossjukdom, bipolär sjukdom, ADHD/ADD eller autism) samt relationen denne har till barnet/ungdomen.

Nuvarande eller tidigare vårdkontakter/medicinering

Har barnet/ungdomen någon kroppslig sjukdom eller besvär som resulterat i kontakt med annan vårdgivare (ex barnmottagning, allergicentrum eller vårdcentral).

Ja Nej

Om Ni svarat ja på frågan ovan, vänligen beskriv vilka besvär/diagnoser som barnet/ungdomen har samt vilken vårdgivare som ansvarar för problematiken.

Har barnet/ungdomen någon medicinering?

Ja Nej

Om ni svarat ja på frågan ovan, vänligen skriv vilken medicin samt dosering.

För att kunna göra en välgrundad bedömning av denna egenremiss kan det finnas behov av att se journalanteckningar från andra vårdgivare (i Cosmic, som är Regionens journalsystem). Samtycker Ni till att BUP-mottagning tar del av journaldokumentation från annan vårdgivare?

Ja Nej Ja, men endast från vårdgivare som jag skriver nedan

Övrig information som Ni önskar delge BUP

Om barnet/ungdomen har tankar på att inte vilja leva, vänligen kontakta BUP per telefon på nummer 010-105 96 75.

Tack för att du tog dig tid att fylla i egenremissen. Har du fyllt i remissen i pappersform skickas denna och eventuella bilagor såsom pedagogisk kartläggning eller annan utredning till:

Barn- och Ungdomspsykiatriska Kliniken, öppenvårdsmottagningen

Universitetssjukhuset

581 85 Linköping