



Ankomstdatum:
---------------

**Egenremiss till Psykiatripartners i Östergötland, Barn och Ungdom**

För att vi ska kunna genomföra en utförlig bedömning av ert ärende ber vi er fylla i nedanstående uppgifter. Läs igenom hela remissen innan ni fyller i frågorna. Var så beskrivande som möjligt i Era svar.

När vi erhållit remissen kommer den att bedömas och därefter kommer ni kontaktas per brev eller telefonledes för besked om fortsatt planering. Bedöms ditt barn inte vara i behov av specialistpsykiatrisk vård kommer remissen avslås och ni hänvisas till annan lämplig aktör.

---

**1. Patient – Uppgifter på den som remissen avser**

Personnummer:.....

För- och efternamn:.....

Adress bostad:.....

Postnummer och ort:.....

Telefon:.....

Skola, årkurs/program:.....

**2. Information om vårdnadshavare/förälder/anhörig**

**Vårdnadshavare 1**

Personnummer:.....

För- och efternamn:.....

Adress bostad:.....

Postnummer och ort:.....

Telefon:.....

**Vårdnadshavare 2**

Personnummer:.....

För- och efternamn:.....

Adress bostad:.....

Postnummer och ort:.....

Telefon:.....

**3. Uppgiftslämnare av egenremiss**

Vårdnadshavare 1  Vårdnadshavare 2

Patient  Annan:.....

**4. Vem har vårdnaden om barnet/ungdomen**

Gemensam vårdnad  Modern  Fadern

Annan vårdnadshavare:.....

**5. Är båda vårdnadshavarna medvetna och överens om att en egenremiss skrivs till Psykiatripartners i Östergötland?**

Ja  Nej

**6. Behov av tolk?**

Ja  Språk:.....

## Familj och boende

**7. Boendesituation – Hos vem bor barnet?**

Tillsammans med båda föräldrarna  Växelvis hos modern och fadern

Hos en av vårdnadshavarna  Familjehem  Eget boende/annat

**8. Vilka ingår i familjen?**

.....  
.....  
.....

## Socialtjänst

9. Har ni som familj vid något tillfälle haft kontakt med Socialtjänsten? Om Ni svarat "ja" på frågan, vänligen skriv kortfattat av vilken anledning, när i tid det var och vilken insats som ev genomfördes (stöd i hemmet, familjehemsplacering, HVB-placering etc)

.....  
.....  
.....

## Problembeskrivning

1. Vilket/vilka problem söker ni hjälp för?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. När uppmärksammades problemet/problemen för första gången? Vem uppmärksammade problematiken? (du som vårdnadshavare/förälder, barnhälsovård, skola, annan instans)?

.....  
.....  
.....

3. Har ni tidigare sökt hjälp för samma problematik? Om Ni svarat "ja", när i tid var det och vilka har ni haft kontakt med (T ex barnhälsovård, ungdomshälsovård). Genomfördes någon/några insatser för att förbättra problematiken och i så fall vilka?

.....  
.....  
.....

4. Hur påverkar problematiken ditt barns/ungdoms vardag i:  
(Ge konkreta exempel på situationer där det uppstår problem)

A. Hemmiljön

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B. Skolan

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

C. På fritiden?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fortsättning fråga 4C.

.....  
.....  
.....

## Skola

5. Vilken skola och årskurs går ditt barn i och hur fungerar ditt barn i skolan?  
(När ditt barn/ungdom målen, d.v.s. har godkända betyg?)

.....  
.....  
.....  
.....

6. Hur ser skolnärvaron ut?

Exempel: (Om barnet/ungdomen har hög frånvaro – när i tid uppdagades det? Varför tror du att skolfrånvaron hög? Klagar ditt barn på kroppsliga orsaker, ex ont i magen, ont i huvudet? Svårt med trivsel? Mobbning?)

.....  
.....  
.....  
.....

7. Har skolan gjort någon utredning/åtgärd/anpassning?  Ja  Nej

Om ni svarat "JA", beskriv vad som genomförts och om det förbättrat något för barnet/ungdomen.

.....  
.....  
.....  
.....

## Hemmiljö och fritid

**8. Beskriv hur barnet/ungdomen äter i dagsläget**

Exempel: (Äter barnet/ungdomen frukost, lunch och middag? Saknas aptit? Intas en allsidig kost eller är barnet/ungdomen ensidig i sitt kostintag? Har kostintaget förändrats på något sätt senaste tiden? Känslig för vissa maträtters konsistens?)

.....  
.....  
.....  
.....

**9. Beskriv hur barnet/ungdomen sover i dagsläget**

Exempel: (tid för läggning, tid för insomning, sover barnet/ungdomen hela natten eller förekommer uppvaknande nattetid? Är barnet/ungdomen pigg eller trött på morgonen? Har sömnvanorna förändrats något den senaste tiden?)

.....  
.....  
.....  
.....

**10. Håller ditt barn på med någon fysisk aktivitet? Om ni svarat "JA", vilken/vilka aktiviteter och hur många gånger per vecka?**

.....  
.....  
.....  
.....

**11. Vad uppskattar/genomför ditt barn för aktiviteter på fritiden?**

Exempel: (Vid stillasittande aktiviteter såsom data/tv-spel, var god specificera antal timmar/dag)

.....  
.....  
.....  
.....

**12. Beskriv hur barnet/ungdomen fungerar i kamratrelationer**

Exempel: (Har barnets/ungdomens sociala umgänge förändrats den senaste tiden? Har barnet/ungdomen kamrater denne umgås med i skolan och på fritiden? Uppstår mycket konflikter? Uppskattas egentid framför umgänge med kamrater?)

.....  
.....  
.....  
.....

## Tobak, alkohol och droger

**13. Finns misstankar om, eller tidigare bruk av, alkohol, tobak, energidrycker eller droger? Om svaret är "ja", vänligen beskriv mer utförligt nedan. (Kontakt med MiniMaria eller MiniMoa?).**

.....  
.....  
.....

## Ärftlighet och kroppsliga besvär

**14. Finns det någon ärftlighet för psykisk sjukdom eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Om ni svarat "JA" beskriv mer utförligt. (T ex depression, ångest, bipolär sjukdom, ADHD eller autism)?**

.....  
.....  
.....

**15. Har barnet/ungdomen någon kroppslig sjukdom/besvär? Om ni svarat "JA", vilken problematik och medicinerar ditt barn/ungdom för problematiken?**

.....  
.....  
.....

Tack för att du tog dig tid att fylla i ovanstående frågor. Om Ni inte får plats på de rader som finns på denna egenremiss är ni välkomna att även bifoga bilagor. Om skolan har genomfört en pedagogisk kartläggning, vänligen bifoga den tillsammans med egenremissen.

Remissen skickas till:

Psykatripartners i Östergötland, S:T Larsgatan 3, 582 24 LINKÖPING