

NEUROPSYKIATRISK UTREDNING

Barnets för- och efternamn:	Personnummer:
Gatuadress:	Postnummer och ort:

Vårdnadshavare 1 Godkänner remiss Ja Nej

För- och efternamn	Telefonnummer
Gatuadress	Postnummer och -ort

Vårdnadshavare 2 Godkänner remiss Ja Nej

För- och efternamn	Telefonnummer
Gatuadress	Postnummer och -ort

En neuropsykiatrisk utredning kartlägger funktioner och beteenden som kan skapa problem vid neuropsykiatriska diagnoser såsom ADHD (t.ex. uppmärksamhet, koncentration och impulsivitet), autism (t.ex. kommunikation och socialt samspel) och intellektuell funktionsnedsättning (t.ex. utveckling och inlärning).
Beskriv och ge gärna exempel på svårigheter ert barn har i sin vardag? Hur länge har du upplevt dessa svårigheter?



ESSENCE-Q

Vänligen svara på följande frågor och skriv J (=Ja), K,/L (=Kanske/Lite) eller N (=Nej) vid respektive påstående

Har du (eller någon annan, vem _____) varit oroad längre tid än några månader för ditt barn angående:

1. Allmän utveckling	
2. Motorik/motorisk utveckling	
3. Reaktionen vad gäller beröring, ljud, ljus, lukt, smak, värme, kyla, smärta	
4. Kommunikation/språk/joller	
5. Aktivitet(överaktivitet/passivitet) eller impulsivitet	
6. Uppmärksamhet/koncentration, "förmåga att lyssna/lystra"	
7. Social förmåga/intresse för andra vuxna/ barn	
8. Beteende (t ex ständiga upprepningar, krav på rutiner)	
9. Humör (deprimerad, uppjagad, extremt irriterad, gråtattacker)	
10. Sömn	
11. Matvanor	
12. Konstiga beteenden/frånvaroattacker	
Om Ja eller Kanske/lite på något av ovanstående, var vänlig skriv några rader här nedan:	
Har ert barn varit aktuell för någon utredning under din uppväxt, t ex logoped, sjukgymnast, psykolog, specialpedagog? Om Ja vilken/ vilka?	
Har ert barn pågående kontakter inom elevhälsa, BUP, socialtjänst eller annan vård?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Vilken mottagning/klinik/enhet? _____	

Har ert barn någon aktuell eller tidigare sjukdom (psykisk eller kroppslig)? Om ja vilken/vilka?	
Har du någon aktuell sjukdom/diagnos (psykisk eller kroppslig)? Om ja, vilken/vilka?	
Använder barnet/har barnet tidigare använt någon medicin? Om ja, vilken/vilka?	
Härmed samtycker jag att en neuropsykiatrisk utredning kan påbörjas av SMART Psykiatri	
Underskrift vårdnadshavare 1	Ort och datum
Underskrift vårdnadshavare 2	Ort och datum

Material från tidigare vårdkontakter som, om möjligt, ska bifogas remissen:

Förlossnings- och BVC-journal	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Skolhälsovårdsjournal, inklusive eventuell skolpsykologutredning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Eventuella kontakter med socialtjänst eller andra myndigheter	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Journalkopior från BUP/BUMM och övriga vårdkontakter	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Material från skolan som, om möjligt, ska bifogas remissen:

Pedagogisk kartläggning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
-------------------------	-----------------------------	------------------------------

Utredningen påbörjas senast tre månader efter mottagen remiss. Utredningen tar maximalt 30 arbetsdagar.

Remiss och eventuella övriga dokument skickas till vald mottagning, för adress se www.smartpsykiatri.se