

## NEUROPSYKIATRISK UTREDNING

Remiss från (inkl kontaktuppgifter):	Namn:
	Personnummer:
	Adress:
Remiss till: SMART Psykiatri (kombikod 9040912329)	Telefon:

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

Frågeställning:
-----------------

Problembeskrivning med aktuell situation och bakgrund:
--



## ESSENCE-Q

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

Har vårdnadshavaren (eller någon annan, vem \_\_\_\_\_) varit oroad längre tid än några månader för :

1. Allmänna utveckling	
2. Motorik/motoriska 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 till något av påståenden, vänligen beskriv

Pågående/tidigare vårdkontakter, elevhälsa eller socialtjänst? Om ja, vilken/vilka?
Aktuell/tidigare sjukdom eller diagnos? Tidigare/pågående missbruk?

Aktuell/tidigare medicinering? Om ja, vilken/vilka? Bifoga läkemedelslista	
Undertecknad har inhämtat samtycke från vårdnadshavare för att genomföra önskad utredning och samtycke att ta del av barnets vårdjournaler. <input type="checkbox"/> Samtycke finns	
Underskrift remittent	Ort och datum

**Material som, om möjligt, ska bifogas remissen**

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

Enligt överenskommelse skall utredningen påbörjas senast tre månader efter mottagen remiss. Utredningen får maximalt sträcka sig över 30 arbetsdagar.

Remiss och eventuella övriga dokument skickas till vald mottagning, för adress vänligen se [smartpsykiatri.se](http://smartpsykiatri.se)