



Remiss till En väg in – psykisk hälsa barn och unga Kalmar län (EVI)
Remittent: Skola/hälso- och sjukvård

Remissmallen gäller för alla remisser oavsett behov av vårdnivå (Barn- och ungdomshälsan och Barn- och ungdomspsykiatri).

Vänligen fyll i remissen på digitalt, skriv ej för hand.

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

Har barnet skyddad identitet

Ja ☐ Nej ☐

(Om Ja, ange uppgifter till remittent och endast barnets fullständiga namn och personnummer, Om Nej, fyll i fullständig blankett)

Namn:
Personnummer:
Adress:
Mobilnummer (barn över 12 år):
Godkänner barnet att få sms-aviseringar till sitt mobilnummer Ja ☐ Nej ☐
E-postadress:
Tolkbehov: Om ja, vilket språk?

Är barnet familjehemsplacerad?	
Ja (ange uppgifter till barnet nedan)	Nej
Om ja datum för placering	

Är barnet placerat enligt SOL/LVU?

Ja ☐ Nej ☐

Är barnet informerat om kontakt med EVI?

Ja ☐ Nei ☐

Hur är barnets egen inställning till kontakt med hälso- och sjukvården? Om barnet inte är informerat, motivera gärna varför.

[illegible]

B. Frågeställning

Orsak till remiss. Förklara barnets hälsosituation

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

C. Tidigare kännedom

Familjens situation

Familjeförhållande gällande barnet. Familjens resurser. Familjemedlemmars somatiska och psykiska hälsoproblem/ärftlighet. Boendesituation. Er kännedom om barnets relation till föräldrarna, andra barn och vuxna? Finns uppgifter om att barnet varit utsatt för våld, övergrepp och/eller utnyttjande? Finns det tidigare händelser av betydelse i familjen som är av vikt att känna till?

Utbildning/Skolsituation

Trivsel, Kamratrelationer? Relationer till vuxna? Mobbing? Sociala relationer och kontakter på nätet? Närvaro? Anpassningar/särskilt stöd? Måluppfyllelse/skolresultat? Inlärnings svårigheter?

Barnets utveckling och somatiska hälsa

Exempel: Barnets tillgång till hälso- och sjukvård? Er kännedom om barnets tillväxt, anknytning, utveckling, beteende, känslor och temperament, attityder och värderingar?

Har barnet följt ordinarie hälsobesöksprogram inom barnhälsovård och elevhälsa?

Ja ☐ Nej ☐

Medicinering

Ja ☐ Nej ☐

Hörselnedsättning

Ja ☐ Nej ☐

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?

D. Tidigare bedömning, andra kontakter och somatik

Tidigare bedömning/utredning/utlåtande

Pedagogisk bedömning

Utfört år:

Ja ☐ Bifogas ☐ Nej ☐

Var:

Psykologisk bedömning

Utfört år:

Ja ☐ Bifogas ☐ Nej ☐

Var:

Logopedbedömning

Utfört år:

Ja ☐ Bifogas ☐ Nej ☐

Var:

Andra kontakter:

Socialtjänst

Ja ☐ Nej ☐

Elevhälsa

Ja ☐ Nej ☐

Kommentar:

E. Åtgärder och utvärdering av insatser

Genomförda och aktuella insatser

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

Beskriv effekten och hur insatserna/åtgärderna fungerat?

Planerade insatser

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

F. Vårdnadshavare

Förälder 1 – Vårdnadshavare?

Ja ☐ Nej ☐

Namn:		
Personnummer:		
Adress:		
Mobilnummer:		
Godkänner föräldern att få sms-aviseringar till sitt mobilnummer	Ja	Nej
E-postadress:		
Tolkbehov: Om ja, vilket språk?		

Har vårdnadshavare godkänt remissen?

Ja ☐ Nej ☐

Förälder 2 – Vårdnadshavare?

Ja ☐ Nej ☐

Namn:		
Personnummer:		
Adress:		
Mobilnummer:		
Godkänner föräldern att få sms-aviseringar till sitt mobilnummer	Ja	Nej
Mejladress:		
Tolkbehov: Om ja, vilket språk?		

Har vårdnadshavare godkänt remissen? Ja ☐ Nej ☐

Annan förälder/viktig vuxen

Namn:
Personnummer:
Adress:
Mobilnummer:
Godkänner föräldern (god man) att få sms-aviseringar till sitt mobilnummer Ja ☐ Nej ☐
E-postadress:
Tolkbehov: Om ja, vilket språk?

G. Kontaktuppgifter till remittent

Namn:
Titel/Yrke:
Verksamhet:
Mobilnummer:
E-postadress:

H. Kontaktuppgifter till förskola/skola

Det är viktigt att du fyller i kontaktuppgifter till barnets skola/förskola och anger rektorns kontaktuppgifter.

Namn på förskola/skola:
Årskurs:
Rektor:
Mobilnummer:
E-postadress:

Har vårdnadshavare godkänt kontakt med skola/förskola?

Ja ☐ Nej ☐

I. Underskrift

Vänligen fyll i, skriv ut och skriv under. Skicka därefter in remissen till

En väg in – psykisk hälsa barn och unga Kalmar län
Länssjukhuset i Kalmar
391 85 Kalmar

Ort och datum

Underskrift inremitterande

Namnförtydligande

Hänvisa för mer information

Berätta gärna om 1177 för barnet och familjen. Där finns fakta, självhjälp och råd kring psykisk hälsa.