



Region Dalarnas mottagarfunktion för
barn och unga med psykisk ohälsa

En väg in

Remissmall till Samtalsmottagningen barn och unga
eller BUP via En väg in

Remittent: Elevhälsa eller socialtjänst

Mallen gäller för alla remisser som ska skickas till första linjen samt barn- och ungdoms-
psykiatriska mottagningar i Dalarna.

- Spara dokumentet på din egen dator innan det fylls i.
- Vid behov av konsultation innan remiss, kontakta En väg in på 010-249 00 70.
- Observera att remiss från skola/elevhälsa behöver innehålla pedagogiska, psykologiska och medicinska fakta för att En väg ska kunna bedöma remissen och triagera till rätt vårdnivå. Bifoga gärna aktuella dokument om de är relevanta för något/några avsnitt i remissen.
- Vid ätproblematik ska längd- och vikturva bifogas.
- Vänligen fyll i, skriv ut och skriv under. Se adress i mallens slut.
- Remissvar skickas per post till remissens avsändare.

A. Remissen gäller

Namn		Personnummer
Gatuadress	Postnummer och postadress	
Mobiltelefon (barn över 12 år)	Mejladress	

Har barnet skyddad identitet?	Ja	Nej
Är barnet informerat om kontakt med En väg in?	Ja	Nej
Samtycker barnet till att få sms-aviseringar till sitt mobilnummer?	Ja	Nej

Vilken är barnets egen inställning till kontakt med En väg in?
--

B. Vårdnadshavare

Vårdnadshavare 1

Namn		Personnummer
Gatuadress	Postnummer och postadress	
Mobiltelefon	Mejladress	
Samtycker vårdnadshavare 1 till att få sms-aviseringar till sitt mobilnummer?	Ja	Nej

Vårdnadshavare 2

Namn		Personnummer
Gatuadress	Postnummer och postadress	
Mobiltelefon	Mejladress	

Samtycker vårdnadshavare 2 till att få sms-aviseringar till sitt mobilnummer?	Ja	Nej
---	----	-----

Är barnet familjehemsplacerad, om ja ange kontaktuppgifter till familjehemmet nedan.

Barnet är placerad enligt	SoL	LVU
---------------------------	-----	-----

Kontaktuppgifter familjehem:

Namn		Personnummer
Gatuadress	Postnummer och postadress	
Mobiltelefon	Mejladress	

Annan vårdnadshavare (eller god man):

Namn		Personnummer
Gatuadress	Postnummer och postadress	
Mobiltelefon	Mejladress	

Samtycker vårdnadshavaren, familjehem (eller god man) till att få sms-aviseringar till sitt mobilnummer?	Ja	Nej
Har vårdnadshavare 1 samtyckt till remissen?	Ja	Nej
Har vårdnadshavare 2 samtyckt till remissen?	Ja	Nej
Finns det behov av tolk?		
Språk:		

C. Kontaktuppgifter till förskola/skola

Namn på förskola/skola		Årskurs
Kontaktperson		
Mobiltelefon	Mejladress	

D. Remissens avsändare

Namn		Titel/yrke
Verksamhet	Postadress	
Mobiltelefon	Mejladress	

E. Problembeskrivning och hälsosituation

Beskriv nuvarande problem och hälsosituation.

Redogör för bakgrund till nuvarande situation om det är relevant för tillståndet.

--

Orsak till remiss

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 och **i vilken omfattning**, till exempel om de förekommer både hemma och i skola. Hur uppfattar barnet sina svårigheter och hur påverkar svårigheterna barnets fungerande?

--

Familjens situation

Familjeförhållande gällande barnet, familjens resurser/nätverk, familjemedlemmars somatiska och psykiska hälsoproblem, ärftlighet.

--

Skolsituation.

Närvaro, måluppfyllelse, kamratrelationer, inlärningssvårigheter.

--

Somatisk (fysisk) hälsa nu och tidigare

--

Har barnet följt gängse program för hälsobesök inom barnhälsovård och elevhälsa?	Ja	Nej	
Medicinering	Ja	Nej	Ej känd
Kommentar			

Hörselnedsättning	Ja	Nej	Ej känd
Kommentar			

Problem och svårigheter i vardagen	1	2	3	4	5
Har barnet svårigheter att fungera i vardagen (exempelvis i familjelivet, i skolan, på fritiden och gällande kamratrelationerna)? Uppskatta vilken grad av nedsättning av funktion du bedömer att barnet har. Använd skalan 1–5 där 1 betyder ingen påverkan och 5 betyder betydande nedsättning av funktion.					
Hur länge har problemen funnits?					

F. Tidigare bedömning samt andra pågående kontakter med socialtjänst, elevhälsa samt hälso- och sjukvård (både psykisk och fysisk hälsa).

Tidigare bedömning/utredning/utlåtande:

Pedagogisk bedömning		Ja	Bifogas	Nej
Utförd år:	Var:			

Psykologbedömning		Ja	Bifogas	Nej
Utförd år:	Var:			

Logopedbedömning		Ja	Bifogas	Nej
Utförd år:	Var:			

Andra aktuella kontakter, beskriv vilka insatser som pågår och syftet med dem.

Socialtjänst	Ja	Nej
Kommentar		

Elevhälsa	Ja	Nej
Kommentar		

Hälso – och sjukvård (psykisk och fysisk hälsa)	Ja	Nej
Kommentar		

G. Genomförda åtgärder/insatser och utvärdering av dessa

Beskriv det ni känner till gällande insatser och åtgärder som är genomförda samt vilken effekt dessa haft. Exempelvis pedagogiska, psykologiska, psykosociala och medicinska insatser från skola, socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård.

Genomförda åtgärder/insatser inom skola, socialtjänst, hälso- och sjukvård

Utvärdering av insatser

Hur har ovan beskrivna insatser och åtgärder fungerat och vilken effekt har de haft?

H. Planerade insatser

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

Underskrift

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

En väg in, Borlänge Sjukhus, 781 27 Borlänge

Ytterligare information hittar du på: regiondalarna.se/en-vag-in

Ort och datum

Underskrift inremitterande

Namnförtydligande