

Om ärendet är **akut** (se situationsdokument FAKTA akutsjukvård psykisk hälsa barn och ungdomar) skicka **inte** remiss, kontakta **akutlinjen 010-241 10 30**.

Följande tre kriterier ska vara uppfyllda för att skicka remiss:

1. Barnet uppvisar ihållande psykisk ohälsa.\*
2. Tidigare insatser har inte varit tillräckliga för att möta barnets behov.
3. Remiss skickas i samråd med vårdnadshavare.

\* *Ihållande psykisk ohälsa innefattar både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd som orsakar lidande och påverkar förmågan i vardagen för individen och/eller omgivningen.*

Svaren i remissen ska bygga på verksamhetens befintliga dokumentation kring barnet.

### Skyddad identitet

Har barnet skyddad identitet?

Ja  Nej

Om ja, ange barnets fullständiga namn och personnummer, inga andra kontaktuppgifter till barnet eller anhöriga. Ange fullständiga uppgifter till remittent.

### Behöver tillgång till barnets journal blockeras (ska enbart besvaras av socialtjänsten)

Ja  Nej

Om ja, vem ska journalen blockeras mot? Gäller inte barn med skyddad identitet.

### Samtycke till remiss

Barnet (om äldre än 15 år)

Ja  Nej

Vårdnadshavare 1

Ja  Nej

Vårdnadshavare 2

Ja  Nej

### Barnets uppgifter

Namn		Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort	
Skola	Åk	Mobilnummer	
Tolk	Om ja, ange språk		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			

### Vårdnadshavare 1

Namn		Mobilnummer	
Adress	Postnummer	Ort	
Tolk	Om ja, ange språk		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			

### Vårdnadshavare 2

Namn		Mobilnummer	
Adress	Postnummer	Ort	
Tolk	Om ja, ange språk		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			

Patient, namn	Personnummer
---------------	--------------

### Remittent

Verksamhet			
Namn, yrkestitel			
Adress	Postnummer	Ort	
Mejladress			Telefonnummer

### Kontaktperson

Namn, yrkestitel	
Mejladress	Telefonnummer

### Obligatoriska uppgifter om barnet är placerat

LVU	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
SoL	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om SoL, har vårdnadshavare godkänt remissen	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Jourhem	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Familjehem	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
HVB-boende	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
God man	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Annan	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

### Obligatoriska kontaktuppgifter till familjehem, HVB-boende etc

Relation			
Namn			
Adress	Postnummer	Ort	
Vilka ska kallas till besök			Mobilnummer

### Inhämtat samtycke för NPÖ – Nationell patientöversikt

Vi har sammanhållen journalföring och det gör vissa uppgifter i patientjournalen tillgängliga för andra vårdgivare. Med ungdomens och vårdnadshavares samtycke kan vårdpersonal ta del av journaluppgifter som behövs för vård.

Barnet (om äldre än 15 år)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Vårdnadshavare 1	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Vårdnadshavare 2	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Patient, namn	Personnummer
---------------	--------------

### Kortfattad symtombeskrivning

OBS! Om ätproblematik ska längd- och viktkurva bifogas.

Vilka symtom uppvisar barnet?
Sedan när?
Har symtomen förändrats över tid?
I vilka sammanhang har symtom observerats (t.ex. i undervisning, på rast, i vardagsrutiner, vid organiserade fritidsaktiviteter, i digitala miljöer, vid resor och/eller i andra offentliga miljöer, i hemmiljö, fritidsaktiviteter):

### Finns känd påverkan på något av följande

Mat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	Kommentar
Sömn <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	Kommentar

### Livsstilsfaktorer

Regelbunden fysisk aktivitet på fritiden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	Kommentar
Ange känd omfattning av skärmbruk och eventuellt känd påverkan	
Känt bruk av skadliga substanser <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	Kommentar
Kända svåra livshändelser och/eller utsatthet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	Kommentar

### Barnets frånvaro från skolan

Ange barnets frånvaro i procent.

Giltig	Senaste månaden:	Aktuellt läsår:
Ogiltig	Senaste månaden:	Aktuellt läsår:

**OBS!** Aktuellt omdöme/betyg **ska** bifogas remissen.

Patient, namn	Personnummer
---------------	--------------

Övriga kommentarer gällande inlämning

### Finns språkliga svårigheter

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
Om ja, beskriv på vilket sätt

### Fysisk hälsa

Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Synnedsättning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Sjukdom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Eventuell övrig information		

### Insatser och utredningar

Ange om följande genomförts.

#### Utredning om särskilt stöd

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Beskriv varför utredning inte genomförts alternativt kortfattat resultat av utredning
Ange vilka professioner som har deltagit i eventuell utredning

Patient, namn	Personnummer
---------------	--------------

### Åtgärdsprogram

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om ja, beskriv kortfattat när senaste åtgärdsprogrammet upprättades och ev. resultat av utvärdering av insatserna	

### Extra anpassningar på individnivå

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om ja, beskriv kortfattat när anpassningarna sattes in och ev. resultat av utvärdering av anpassningarna	

### Har begåvningsutredning genomförts av skolpsykolog?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Beskriv varför bedömning inte genomförts alternativt kortfattat resultat av bedömning	

### Eventuella övriga utredningar eller relevanta dokument

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Beskriv kortfattat	

### Pågående insats hos socialtjänsten

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Beskriv kortfattat insatsen	

### Underskrift

Ort och datum	
Namn-teckning, avsändare	Namn-förtydligande

### Remiss till barn- och ungdomspsykiatri eller barn- och ungdomshälsan i region Jönköpings län skickas till:

En väg in, barn och unga, psykisk hälsa  
Länssjukhuset Ryhov  
551 85 Jönköping