



**AKADEMISKA
SJUKHUSET**

Remiss till Barn- och ungdomspsykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Remiss ska skrivas i samråd med vårdnadshavare

| |
|---------------------|
| Remissdatum: |
| Barnets namn: |
| Personnummer: |
| Adress: |
| Postnummer och ort: |
| Tfn: |

Föräldrars namn och adress

| | |
|--|--|
| Förälder: | Förälder: |
| Adress: | Adress: |
| Tfn: | Tfn: |
| E-post: | E-post: |
| Vårdnadshavare: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | Vårdnadshavare: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej |

Remiss

| |
|--------------------------|
| Remitterande verksamhet: |
| Remissen utfärdad av: |
| Telefonnummer: |

Asylsökande?

| | |
|----------------------------|--------------------------|
| LMA-nummer: | God Man: Kontaktuppg: |
| Ankomstdatum till Sverige: | Boende: Kontaktuppg: |

Tolk?

| |
|--|
| Behov av tolk? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Språk: |
|--|

Om barnet är placerat enl SoL eller LVU

| | |
|------------------|---|
| Familjehem: | Aktuell handläggare vid socialtjänsten: |
| HVB-hem: | Vem ska vara barnet behjälplig i kontakten med BUP? |
| Sis-institution: | Skall biologisk förälder kallas till BUP-kontakten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej |
| Kontaktperson: | |
| Tfn: | |

Behov

Vilka psykiatriska symptom – suicidtankar, ångest, nedstämdhet, koncentrationssvårigheter etc - uppvisar barnet?

Vid självmordstankar skickas ingen remiss, utan kontakt tas direkt med BUP:s akutmottagning, 018-611 25 42.

Beskriv funktionsnivå – sömn, mat, social funktion, skolgång etc:

Pågående insatser/åtgärdsprogram:

Resultat av åtgärderna:

Tidigare utredningar:
(Önskas insats/fortsatt bedömning efter basutredning – var vänlig bifoga hela basutredningen.)

Ev. fastställd Diagnos:

Riskbedömning hot/våld

Bedömer du som remittent att det finns risk för hot och/eller våld i kontakt med vårdgivare?

Ja Nej Vet ej

Om svaret är ja, var god beskriv riskbeteendet närmare.

Skola

Förskola/skola:

Rektor:

Tfn:

Familjeförhållanden

Bakgrund/historia eller annan sjukdomstillstånd relevanta för barnets historia – ev kroppsliga sjukdomar, ev medicinering, alkohol, droger, trauma etc

Kompletterande uppgifter:

Har patient/vårdnadshavare samtyckt till att journalkopior får rekvireras? ja nej

Underskrift remittent:

.....

Adress för remissvar:

**1 ex av denna remiss lämnas till barn- och ungdomspsykiatri (se nedanstående adress)
1 ex av denna remiss lämnas till båda föräldrarna/vårdnadshavarna**

**Skickas till:
Remissbedömningsgruppen
Barn- och ungdomspsykiatri
Kungsgatan 38
751 85 Uppsala**