

## Remissunderlag vid utfall i Autismscreening på BVC

Remissdatum..... BVC: .....

Adress ..... Telefonnr.....

Läkares namn .....

Barnets namn: .....

Personnummer .....

Adress: .....

Vårdnadshavare: .....

Telefon nr: ..... Mobil nr:.....

Behov av tolk (språk) .....

### Familjens sociala situation;

- fullständig familj       separerade föräldrar med gemensam vårdnad  
 ensamstående förälder       syskon, antal: .....

### Modersmål i familjen;

Förälder 1:.....

Förälder 2: .....

Ange övriga språk: .....

	Ja	Nej
A. Utfall språkscreening .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Utfall observation av barnet på BVC .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Utfall M-CHAT .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Positiv M-CHAT bekräftat vid sjuksköterskeintervju .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörselundersökning utförd? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om Ja, Resultat: Normalt <input type="checkbox"/> ej normalt <input type="checkbox"/> ange orsak .....		
Om Nej, Remiss skickad, datum.....		
Finns oro hos förälder för barnets utveckling? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om Ja- anledning till oro (ev. rangordna)? .....		
.....		

### Hereditet

<b>Finns i familjen eller i nära släkten känd avvikelser;</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
- språkutveckling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- koncentrationssvårigheter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- inlärningssvårigheter, läs-och skrivsvårigheter, behov av anpassad skolgång?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- svårigheter inom autismspektrum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- annan utvecklingsavvikelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sjukdom hos förälder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vid ja svar ge kort beskrivning om hereditet: .....

### Sammanfattning från barnets tidiga utveckling

<b>Vid 2 månaders kontrollen:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Ögonkontakt; normal <input type="checkbox"/> avvikande <input type="checkbox"/>		
fixering av blick	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kontaktleende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Språkutveckling

<b>Framkommit svårigheter vid tidigare observationer</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Om ja, ange vad .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ålder för första orden .....

### Motorisk utveckling

<b>Följt normala milstolpar i fråga om motorisk utveckling?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Om nej, beskriv .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Övrigt

<b>Tillväxt/ uppfödning; (OBS! bifoga kopia på tillväxtkurva)</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Om avvikelse, beskriv .....		
Sömnproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oro för beteendeproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medicinska problem av betydelse, beskriv:.....

**Andra faktorer av betydelse** (ex. i familjen missbruk, psykisk ohälsa):.....

### Förskola

	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Fungerande verksamhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anges oro från personal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Särskilda stödinsatser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om ja-svar ange vad .....

**Sammanfattande bedömning:** .....

.....

.....

.....

### Planering:

- Remiss Enheten för Barn Neuropsykiatri (BNK)  Remiss BUM  Remiss BUP  Remiss Enheten för Barnlogopedi  Remiss Hörselundersökning  Vidare handläggning inom BHV
- Remiss till .....
- Förälder avböjer insats

Kopia av detta dokument ska sparas i plastficka, **inte** överlämnas till SHV