



**AKADEMISKA
SJUKHUSET**

Remiss till Barn- och ungdomspsykiatrin, 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?
Kontaktperson:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
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:
(Eventuella tidigare utredningar ska skickas med)

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**