

## Remiss till Barn- och ungdomspsykiatri, Kungälv's sjukhus

Vid snabb viktnedgång, allvarig självskada, självmordsplaner eller -försök, psykos eller maniska tillstånd skrivs inte remiss utan BUP kontaktas akut via telefon, 0303-241032.

Patient med allvarigt somatiskt tillstånd ska först bedömas kroppsligt inom den somatiska sjukvården.

### Remiss ska skrivas i samråd med vårdnadshavare

<b>Remissdatum:</b>
<b>Barnets namn:</b>
<b>Personnummer:</b>
<b>Adress:</b>
<b>Postnummer och ort:</b>
<b>Tfn:</b>

### Föräldrars namn och adress

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

### Remiss

<b>Remitterande verksamhet:</b>
<b>Remissen utfärdad av:</b>
<b>Telefonnummer:</b>

### Asylsökande?

<b>LMA-nummer:</b>	<b>God Man:</b>
<b>Ankomstdatum till Sverige:</b>	<b>Kontaktuppg:</b>
	<b>Boende:</b>
	<b>Kontaktuppg:</b>

### Tolk?

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

### Om barnet är placerat enl SoL eller LVU

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

**Behov**

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

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

Pågående insatser/åtgärdsprogram med -/behandling:

Resultat av åtgärderna med -/behandling:

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

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.

**Skolsituation**

Förskola/skola:

Rektor:

Tfn:

**Familjesituation/syskon**

**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:**

.....

.....

Namnförtydligande

Yrkestitel

**Adress och telefonnummer 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:**

**BUP-mottagning Ale  
Box 622  
442 17 Kungälv**

**BUP-mottagning Kungälv  
Box 622  
442 17 Kungälv**

**BUP-mottagning Stenungsund  
Strandtorget 3  
444 30 Stenungsund**