

Centrala Barnhälsovården Göteborg

Remissunderlag vid utfall i Autismscreening.

Barnets namn:	Personnummer:
Adress:	
Vårdnadshavare:	
Telefon nr:	Mobil nr:.....

Familjens sociala situation;

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

Modersmål i familjen;

Förälder 1:.....

Förälder 2:

Ange övriga språk: Behov av tolk ja nej

	Ja	Nej
Utfall språkscreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utfall M-CHAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Positiv M-CHAT bekräftat vid sjuksköterskeintervju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utfall i observation av barnet på BVC	<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**Finns i familjen eller i nära släkten känd avvikelse;**

	Ja	Nej
- 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**Vid 2 månaders kontrollen:**

	Ja	Nej
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

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

Ålder för första orden

Motorisk utveckling

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

Övrigt

	Ja	Nej
Tillväxt/ uppfödning; 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

	Ja	Nej
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 <u>ja-svar</u> ange vad		

Sammanfattande bedömning:

.....
.....
.....

Planering:

- Remiss Enheten för Barn Neuropsykiatri (BNK) Remiss BUM Remiss BUP Remiss logoped-
mott barn & unga Remiss Hörselundersökning Remiss till
- Förälder avböjer insats.

BVC-läkares namn: