



Tilvísun á BUGL

Barna- og unglिंगageðdeild
Landsspítali, Háskólasjúkrahús
Dalbraut 12, 105 Reykjavík

BARN / UNGLINGUR SEM VÍSAÐ ER Á BUGL

Nafn barns

Kennitala

Heimilisfang

Póstnúmer

Sveitarfélag

Heilsugæslustöð / heimilislæknir: _____

MÓÐIR / FORSJÁRAÐILI

Nafn

Kennitala

Tengsl

Líffr.móðir

Stjúp móðir

Heimili

GSM

Fósturmóðir

Annað

Póstnr

Sveitarfélag

VS

Netfang

FAÐIR / FORSJÁRAÐILI

Nafn

Kennitala

Tengsl:

Líffr.faðir

Stjúpfaðir

Heimili

GSM

Fósturfaðir

Annað

Póstnr

Sveitarfélag

VS

Netfang

Heimilisfang þar sem barnið býr ef annað en það sem stendur að ofan:

Heimilisfang

Sveitarfélag

Pnr

UMÖNNUNARADSTÆÐUR OG FORSJÁ

Barnið býr hjá; báðum foreldrum móður föður fósturforeldrum öðrum

Forsjá er hjá; báðum foreldrum móður föður fósturforeldrum öðrum

SYSTKIN / HÁLFSYSTKIN / AÐRIR

Á barnið systkini?

Já

Nei

Veit ekki

Mikilvægar upplýsingar varðandi systkini

SKÓLI / LEIKSKÓLI (Fyllist út ef barnið er í leikskóla eða skóla)	
Nafn skóla/leikskóla	
Nafn tengslaaðila í skóla/leikskóla	
Þörf á túlki: Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Erlent foreldri, annað <input type="checkbox"/> bæði <input type="checkbox"/> Þjóðerni	
ÁSTÆÐA TILVÍSUNAR:	
Nánar um ástæðu tilvísunar	<p>Veldu mest 2 tilvísunarástæður frá hvorum lista (A og B) og settu þá mikilvægari fyrst. Skriðu númerin í kassana</p> <p>A. Ástæða tilvísunar/barnið: <input type="checkbox"/> og <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alvarlegar áhyggjur af barni undir 6 ára 2. Grunur um einhverfurófsröskun 3. Grunur um mótþróa/hegðunarröskun 4. Grunur um ADHD 5. Grunur um Tourette heilkenni 6. Skólahöfnun 7. Grunur um kvíða 8. Grunur um áráttu og þráhyggju 9. Grunur um átröskun * 10. Grunur um þunglyndi 11. Grunur um geðhvarfasýki 12. Viðvarandi og alvarlegur sjálfskaði 13. Grunur um geðrof 14. Grunur um alvarleg viðbrögð eftir áföll 15. Alvarleg geðræn einkenni vegna langvarandi líkamlegs sjúkdóms 16. Annað <p>*Ef grunur um átröskun þarf eftirfarandi að fylgja umsókn: Upplýsingar um hæð og þyngd, blæðingastopp hjá stúlkum, vaxtakúrfa barns/unglings, blóðprufur og hjartalínurit.</p> <p>B. Ástæða tilvísunar/umhverfi: <input type="checkbox"/> og <input type="checkbox"/></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Álagsþættir í fjölskyldu 2. Álagsþættir í nærumhverfi/samfélagi 3. Álagsþættir í skóla/leikskóla
Staðan í dag	
Væntingar tilvísanda um aðkomu BUGL að málinu	
Þörf er á þjónustu: <input type="checkbox"/> Brátt <input type="checkbox"/> Í tímaröð	

FRUMGREINING HEFUR FARIÐ FRAM: Já <input type="checkbox"/> Dags Nei <input type="checkbox"/>		
Ef já, hverjar eru helstu greiningar?		
Fylgigögn, upplýsingar sem þegar hefur verið aflað:		
Sálfræðileg próf: <input type="checkbox"/> WISC IV <input type="checkbox"/> WPPSI <input type="checkbox"/> Önnur Frekari upplýsingar, s.s. um fjölskylduhagi og félagslega stöðu		
Skimunarlistar fyrir foreldra og kennara <input type="checkbox"/> ADHD kvarði <input type="checkbox"/> ASSQ <input type="checkbox"/> SDQ <input type="checkbox"/> Upplýsingablað frá kennara <input type="checkbox"/> Annað Ef annað þá hverjir?		
Aðrar athuganir / upplýsingar sem liggja fyrir		
NÚVERANDI MEÐFERÐ / ÞJÓNUSTA: <i>(Hvar er málið í vinnslu)</i>		
<input type="checkbox"/> Heilsugæsla	<input type="checkbox"/> Félagsþjónusta	<input type="checkbox"/> Löjubjálfun
<input type="checkbox"/> Sérfræðilæknisþjónusta	<input type="checkbox"/> Barnavernd	<input type="checkbox"/> Sjúkraþjálfun
<input type="checkbox"/> Sálfræðiþjónusta	<input type="checkbox"/> Sveitarfélag	<input type="checkbox"/> Sérkennsla
		<input type="checkbox"/> Annað
LYFJAMEÐFERÐ		
FYRRI MEÐFERÐ / ÞJÓNUSTA: <i>(Þ.m.t. fyrri þjónusta á BUGL)</i>		
Frekari upplýsingar		
HVAR VERÐUR EFTIRFYLGD EFTIR SÉRFRÆÐIÐSTOÐ BUGL?		
Nafn		
Vinnustaður		
Annað sem tilvísandi vill taka fram		
Frekari upplýsingar		
<i>Forsjáraðilar samþykkja tilvísun á BUGL og gefa leyfi fyrir frekari öflun upplýsinga og heimila að BUGL sendi skilagerðir/niðurstöður til viðeigandi aðila. Sjá meðfylgjandi blað um heimild til öflunar upplýsinga frá forsjáraðilum sem verður að fylgja tilvísun. Ef um er að ræða tvo forsjáraðila þurfa báðir að vera samþykkir tilvísun en nægilegt að einn skrifi undir</i>		
Hefur sá/þau sem eru með forsjá barnsins samþykkt tilvísun?		
Forsjáraðili/móðir Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Forsjáraðili/faðir Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		

Ef sjúklingur hefur náð 16 ára aldri hefur viðkomandi samþykkt tilvísun? Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
Nafn tilvísanda	Undirskrift læknis (ef ekki tilvísandi)	
Starfsheiti		
Vinnustaður		
Sími		Netfang
<hr/> Dagsetning og undirskrift tilvísanda		