Remissmall för utredning av intellektuell funktionsnedsättning för personer över 18 år

**Personnummer:**

**Namn:**

**Adress:**

**Telefon:**

**Remissdatum:**

**Ev företrädare, t ex god man förvaltare eller annan fullmakt:**

**Tidigare sjukdomar/funktionsnedsättningar** – somatiska sjukdomar, synskada, hörselskada, rörelsehinder, CP-skada, skalltrauma, epilepsi, psykiska sjukdomar etc

**Aktuell psykisk och somatisk status** – psykiskt och somatisk status. Hörsel- och synundersökning? Pågående medicinsk behandling? Pågående utredningar? Differentialdiagnostiska hänsyn?

**Hereditet** – känd förekomst av intellektuell funktionsnedsättning, neuropsykiatriska funktionshinder (ADHD, Aspergers syndrom, autism) eller psykisk sjukdom i släkten

**Graviditet och partus** – födelsevecka, APGAR

**Tidigare relevanta utredningar** – finns utredningsutlåtanden från psykolog, specialpedagog, arbetsterapeut eller logoped? Andra tester? Tidigare inskriven i omsorgen?

**Utbildning/skolgång** – vanlig skola eller särskola, militärtjänst, körkort etc

**Arbete/sysselsättning/försörjning** – öppna marknaden, Samhall, lönebidrag, studiemedel, daglig verksamhet eller annan försörjning

**Problembeskrivning, svårigheter i vardagen (nuvarande och tidigare)** – beskrivning av problem och fungerande hos patienten som ger misstanke om intellektuell funktionsnedsättning

**Social situation** – familjeförhållanden, barn, bostad, sociala kontakter, nätverk etc

**Bakgrund** – uppväxtförhållanden, uppväxtort, tidig utveckling

**Missbruk** – alkohol, narkotika, läkemedel. OBS! Vid tidigare missbruk måste patienten ha varit dokumenterat drogfri i minst tre månader, helst mer.

**Kriminalitet** – omfattning, art

**Särskilda behov i samband med besök** – t ex behov av tolk (ange språk)

**Sammanfattning av patientens huvudproblematik** – huvudsyftet med en utredning, vad i vardagen skulle framförallt bli bättre om patienten fick en diagnos

**Patientens egen inställning till utredning** – det är viktigt att det framgår vad personen själv tror ska bli bättre i hans/hennes liv efter en utredning, använd formuläret i slutet av remissmallen

**Samtyckesblankett** att vuxenhabiliteringen får ta del av dokumentation från skola och sjukvård ska undertecknas av patienten och bifogas.

**Datum**:

**Namn, titel**:

**Arbetsplats**:

**Telefon**:

**Underskrift**:

**Individens/patientens egen inställning till utredning avseende intellektuell funktionsnedsättning**

Här nedan finns fem påståenden med tre svarsalternativ till varje. Kryssa i det alternativ som passar bäst in på dig.

1. Jag har ofta svårt att klara min vardag

Stämmer mycket [ ]  Stämmer lite [ ]  Stämmer inte [ ]



2. Jag vill bli bättre på att förstå mitt fungerande

Stämmer mycket [ ]  Stämmer lite [ ]  Stämmer inte [ ]



3. Jag behöver ofta hjälp av andra för att få min vardag att fungera

Stämmer mycket [ ]  Stämmer lite [ ]  Stämmer inte [ ]



4. Jag tror att en utredning kan göra så att jag får det bättre i min vardag

Stämmer mycket [ ]  Stämmer lite [ ]  Stämmer inte [ ]



5. Jag tror att en utredning kan hjälpa mig att förstå mitt fungerande

Stämmer mycket [ ]  Stämmer lite [ ]  Stämmer inte [ ]



**Samtycke för vuxenhabiliteringen att ta del av information och dokumentation från skola, sjukvård och andra myndigheter**

För att kunna göra en utredning behöver vuxenhabiliteringen ta del av information och handlingar från skola, sjukvård och andra myndigheter.

Jag godkänner att vuxenhabiliteringen får ta del av information, beställa och läsa handlingar om mig från skola, sjukvård och andra myndigheter.

JA [ ]

**Namn:**

**Personnummer:**

**Datum och underskrift**

**Underskrift av ev företrädare, t ex god man förvaltare eller annan person med fullmakt**

**Namn:**

**Datum och underskrift**

## Ifylld blankett skickas beroende på var patienten bor till:

**Halmstad, Hylte & Laholm**

Vuxenhabiliteringen

Berghem

301 85 Halmstad

Telefon 035-13 42 57

**Varberg & Falkenberg**

Vuxenhabiliteringen

Hallands Sjukhus Varberg

432 81 Varberg

Telefon 0340-48 17 45

**Kungsbacka**

Vuxenhabiliteringen

Hallands Sjukhus Kungsbacka

434 80 Kungsbacka

Telefon 0300-56 51 88

|  |
| --- |
| Uppdaterat från föregående versionHär kan man skriva en kort information om de viktigaste uppdateringarna. |