Medicinsk bedömning inför prövning anpassad grund- eller gymnasieskola - utredning skolläkare Intyg 1

Orsak till utredning
Barnet/eleven har trots adekvata stödinsatser svårt att tillgodogöra sig verksamheten i förskolan/nå kunskapsmålen i skolan. I enlighet med SKOLFS 2023:129 genomförs därför i samråd med vårdnadshavare/myndig elev en utredning bestående av pedagogisk-, psykologisk-, medicinsk- och social bedömning.
Syfte med utredningen
Utredningen syftar generellt till att förstå orsaker till barnets/elevens svårigheter och om dessa bäst förklaras av intellektuell funktionsnedsättning eller därmed jämställd begåvningsmässig funktionsnedsättning. Om orsaken är en intellektuell funktionsnedsättning kan eleven få rätten till att läsa enligt anpassad läroplan prövad. I samband med utredningen identifieras också friskfaktorer/styrkor som kan stärka/påverka hälsan och skolgången positivt

Personuppgifter

Barnets/Elevens för- och efternamn	Personnummer
Förskola/Skola	Avdelning/Årskurs
Utredande läkare för- och efternamn Vårdinrättning	**Titel**
E-post	Telefonnummer

Samtycke

Samtycke till medicinsk bedömning och till att utredande parter inom elevhälsan inom ramen för denna utredning får bryta sekretessen mellan sig och mot övrig elevhälsa, berörd skolpersonal och rektor, har lämnats av:

☐ Samtliga vårdnadshavare ☐ Godman ☐ Myndig elev

Om samtycket omfattar även följande externa aktörer – beskriv:

Genomförande och underlag för bedömning

Läkarbedömning **-** ange datum/tidsperiod			
Besök med		☐ Vårdnadshavare	☐ Elev
Tolk		☐ Ja, språk	☐ Nej
Hälsobesök- del av medicinsk bedömning (skolsköterska - bifogas som bilaga		☐ Ja	☐ Nej
BVC-journal, del av journal		☐ Ja	☐ Nej
EMI-journal, del av journal		☐ Ja	☐ Nej
Underlag från övrig elevhälsa	☐ Specialpedagog	☐ Psykolog	☐ Kurator
Tidigare utredningar			
Journal/del av journal från annan vårdgivare eller annat underlag			

Skolsituation

Skolfrånvaro (beskriv omfattning, orsak och tidsperiod under kommentar)	☐ Ja	☐ Nej
Måluppfyllelse (ange ämnen med godkända betyg?)		
Särskilt stöd	☐ Ja	☐ Nej
Kommentar *(Tidigare skolbakgrund, gått om? skolbyten? Särskild undervisningsgrupp, Anpassad studiegång?)*		

Hälsobakgrund

Styrkor och medicinska friskfaktorer:

Beskriv *(Intressen, fritidssysselsättning. Vad är eleven bra på, god motorisk-/social eller praktisk förmåga, goda levnadsvanor):*

Socialt/Familj

Vårdnadshavare	☐ Biologisk mor	☐ Biologisk far	☐ Annan
	☐ Sammanboende	☐ Separerade	☐ Annat
Kontakt med socialtjänst		☐ Ja	☐ Nej
Kommentar: (beskriv aktuella och tidigare kontakter med socialtjänsten, samt orsak. Tex skolfrånvaro, föräldrastöd, försummelse i hemmet, våld, missbruk, trauma			
Födelseland		Ankomstdatum Sverige (om född/bott utomlands)	
Modersmål, om annat än svenska-. Ange bästa språk			
Övrigt - syskon, föräldrars utbildning/yrke om relevant, föräldrars ursprungsland?			

Ärftlighet:

Intellektuell funktionsnedsättning (O*m enbart skolsvårigheter kommentera nedan)*	☐ Ja	☐ Nej
Neurologisk sjukdom, syndrom, kromosomavvikelser, genetisk avvikelse	☐ Ja	☐ Nej
Epilepsi	☐ Ja	☐ Nej
Släktskap mellan föräldrar (ange grad av släktskap nedan)	☐ Ja	☐ Nej
Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning *-ADHD, Autism, Tourette, Tics. (Om enbart symtom kommentera nedan)*	☐ Ja	☐ Nej
Språkstörning	☐ Ja	☐ Nej
Psykiatrisk sjukdom/ohälsa *-t ex depression, ångest, bipolär sjukdom, OCD, Personlighetssyndrom, ätstörning, trotssyndrom, oro, självskada*	☐ Ja	☐ Nej
Annat	☐ Ja	☐ Nej
Om ja ovan, kommentar:		

Tidigare graviditeter:

Missfall/fosterdöd/postnatal död	☐ Ja	☐ Nej
Annat/kommentar:		

Aktuell graviditet/förlossning:

Läkemedelsintag- om ja kommentera nedan Om ja- kommentar:			☐ Ja ☐ Nej
Substansbruk Kommentar:	Tobak ☐ Ja ☐ Nej	Alkohol ☐ Ja ☐ Nej	Droger ☐ Ja ☐ Nej
Komplikationer och stressorer under aktuell graviditet *– t ex infektion, tillväxthämmat barn, graviditetsdiabetes, havandeskapsförgiftning, psykisk ohälsa, trauma* Kommentar:			☐ Ja ☐ Nej
Född vecka:			APGAR :
Födelsevikt (g):	Födelselängd (cm):		Huvudomfång (cm):
Förlossning – *Förlossningssätt. Sugklocka? Mekoniumfärgat fostervatten? Skulderdystoci?*			
Kommentar:			

Nyföddhetsperiod:

Kramper	☐ Ja ☐ Nej
Hypotonus	☐ Ja ☐ Nej
Uppfödningssvårigheter	☐ Ja ☐ Nej
Kommentar- tex neonatalvård, immunisering, infektion, andningsstörning -CPAP/respirator, hjärnblödning?	

Tidig utveckling från födelse till nutid:

Påverkad Tal- och språkutveckling Beskriv utvecklingens milstolpar - *t ex observationer från BVC, förskola skola, ev logopedkontakt, ev diagnos språkstörning/dyslexi. Om språkstörning - tecken på frånvaroepisoder/epilepsi, orolig nattsömn, hereditet epilepsi*	☐ Ja ☐ Nej
Påverkad fin- och/eller grovmotorisk utveckling Beskriv utvecklingens milstolpar - *t ex när lärde sig barnet sitta, gå, cykla, simma? Bollspel? Skridskor? Finmotorik? Diagnos DCD?*	☐ Ja ☐ Nej
Påverkad social utveckling Beskriv utvecklingens milstolpar - *t ex observationer från BVC, förskola, skola? Kontaktförmåga, ögonkontakt, kamrater- deltar i grupp, konflikter/utsatthet, följa regler i spel/lagsport?*	☐ Ja ☐ Nej
Kommentar blås- och/eller tarmmognad Beskriv -t *ex när slutat med blöja, enures, enkopres?*	
Förlust av tidigare uppnådda förmågor (regression*)? – kan ses vid inlagringssjukdomar, progressiv hjärnsjukdom. Vid tillbakagång av språk vid autism, remiss om fler domäner än språk är påverkade- eller barnet är >3 år när regression inträder* Om ja- beskriv:	☐ Ja ☐ Nej
ADL-funktioner (*t ex hygien, toalettbesök, vardagliga rutiner- packa skolväska, på-/avklädning, laga mellanmål- enklare mat, klockan-tidsuppfattning, åka buss, orientera sig i närmiljön, jämförelse syskon/jämnåriga):*	

Tidigare/nuvarande sjukdom: kommentera också eventuella symptom som kan inge misstanke om sjukdom

Epilepsi/kramper Om ja-beskriv	☐ Ja	☐ Nej
Skalltrauma Om ja-beskriv:	☐ Ja	☐ Nej
CNS-sjukdom, Neurologisk sjukdom, syndrom, kromosomavvikelser, genetisk avvikelse Om ja-beskriv	☐ Ja	☐ Nej
Metabol sjukdom Om ja- eller misstanke beskriv *(tex stagnation eller regress i utvecklingen, förvärrade symtom i samband med infektioner och återkommande oförklarliga symtom såsom kräkningar, hypoglykemi, balansstörning, ataxi eller medvetandepåverkan. Släktskap mellan föräldrarna, oförklarad neonatal död i familjen, spasticitet, andra "movement disorders", epilepsi, grova ansiktsdrag eller lever/mjältförstoring?):*	☐ Ja	☐ Nej
Andra somatiska sjukdomar/symtom Om ja beskriv	☐ Ja	☐ Nej
Psykisk ohälsa (t *ex skattat mående, nedstämdhet, oro, mobbing, ätstörning, tvång, självskada* Om ja beskriv	☐ Ja	☐ Nej
Läkemedel Om ja-vilka:	☐ Ja	☐ Nej

Samexisterande svårigheter:

Motoriska, språkliga och sociala svårigheter beskrivs under rubrik *Tidig utveckling från födelse till nutid*

Uppfödningssvårigheter/selektiv kost/svält Om ja – beskriv:	☐ Ja	☐ Nej
Sömnstörning Om ja – beskriv:	☐ Ja	☐ Nej

Fastställd neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.	☐ Ja	☐ Nej
Om ja – ange diagnos och tidpunkt samt ev behandling Om nej, föreligger odiagnostiserade neuropsykiatriska symptom, t ex svårigheter med:		
Uppmärksamhet/koncentration	☐ Ja	☐ Nej
Aktivitetsnivå//impulskontroll	☐ Ja	☐ Nej
Beteende, aggressivitet, trots	☐ Ja	☐ Nej
Flexibilitet (rigiditet)	☐ Ja	☐ Nej
Stereotypa rörelser, ekolali	☐ Ja	☐ Nej
Perceptuell känslighet (ljud, ljus, lukt, smak, konsistens, beröring, temperatur)	☐ Ja	☐ Nej
Om ja - kommentera här:		

Övrigt:

Annat/kommentar:

Undersökningar

Aktuell synundersökning (datum och resultat): *-synundersökning med KM-tavla räcker vid godkänt resultat och symptomfrihet. Om ej genomförbart och eleven följs på Ögonklinken/hos optiker är synundersökning senaste 2 åren tillräckligt vid symptomfrihet.*				
☐ Godkänd synundersökning	☐ Godkänd synundersökning med glas/linser	☐ Ej godkänd synundersökning, remiss till Ögonklinik/optiker	☐ Undersökning kan ej genomföras	☐ Annat
Symptom *- misstänkt synnedsättning – kisar/kniper/blinkar, tittar nära, huvudvärk. Andra symptom - synfältspåverkan, bländningsbesvär, nedsatt mörkerseende, nystagmus, svårigheter att tolka synintryck, dubbelseende, skelning, avvikande blickkontakt, tittar bredvid, svårt med avståndsbedömning*			☐ Ja	☐ Nej
Riskfaktorer för ögonsjukdom/synnedsättning, om ja överväg remiss till ögonklinik/optiker *- ärftlighet, hjärnskada, prematuritet, förlossningsskada, skadlig intrauterin påverkan- droger/läkemedel/infektion, trauma, syndrom, hörselskada*			☐ Ja	☐ Nej
Om ja - kommentera. Beskriv vid behov också vad som ev talar för god/påverkad synfunktion:				
Aktuell hörselundersökning (datum och resultat) *- eftersträva ny audiometri. Om symptomfri kan undersökning senaste 2 åren räcka. Vid ej godkänt resultat/svårtestad elev (funktionsnedsättning, kontaktstörning och särskilt vid ytterligare riskfaktor) eller vid känd hörselnedsättning- remittera till Audiologiska kliniken*				
☐ Godkänd hörselundersökning	☐ Ej godkänd hörselundersökning, remiss Audiologiska kliniken	☐ Känd hörselnedsättning remiss Audiologiska kliniken	☐ Undersökning kan ej genomföras	☐ Annat
Kommentera om ej godkänd undersökning. Beskriv vid behov också vad som ev talar för god/påverkad hörselfunktion:				
Öron-/hörselsymptom – *försenad språklig utveckling, pratar otydligt eller högt, saknar melodi, reagerar ej på ljud, svårt att lokalisera ljud, hög volym på TV/skärm, lockkänsla, tinnitus*			☐ Ja	☐ Nej
Om Ja kommentera				
Riskfaktorer för hörselnedsättning – *ärftlighet, prematuritet, förlossningsskada, skadliga intrauterina infektioner, syndrom, trauma, synskada (ej enbart brytningsfel), sjukdom med ökad risk för hörselnedsättning, tidigare kontakt med ÖNH-läkare tex pga otiter*			☐ Ja	☐ Nej
Längd:		Vikt:	ISO-BMI	
Tillväxt- kommentera: *Bedöm om kanalföljare, förhållande till befolkning/föräldralängder, sen/tidig pubertet, obesitas, annan avvikelse. Bedöm h-omfångskurva från BVC)*				
Annan undersökning/utredning (datum och resultat): *(t ex EEG, röntgen, lab inkl genetisk utredning)*				

Status

AT	
Psykiatriskt status *- t ex ögonkontakt och medverkan/interaktion. Grundstämning, mimik. Koncentration, aktivitetsgrad, impulskontroll, prosodi – entonigt tal, språklig förmåga, tics*	
Utseendemässiga särdrag *(förutom huvud-ansiktsregionen även sådant som hår, händer, fötter och allmän kroppsbyggnad, skelettavvikelser och missbildningar)*	
Öron (särskilt om misstanke nedsatt hörsel)	
Sköldkörtel (särskilt om TSH ej kan tas)	Hjärta
Neurologstatus (Kranialnerver, *Senreflexer, Grovmotorik, Finmotorik.* Särskilt fokus på ataxi, tonusavvikelser, muskelsvaghet eller fokala avvikelser)	
Buk (organförstoring)	Genitalia (pojkar) och pubertetsstadium när relevant
Hud (café- au-laitfläckar, fibrom)	Rygg (skolios)
Övrigt	

Sammanfattning och planering

Kort sammanfattning

Sammanfatta hereditet, perinatalperiod, tidig utveckling, tillväxt, sjukdomar (inkl eventuell epilepsi, skalltrauma, psykisk hälsa), ev funktionsnedsättningar (neuropsykiatri, syn, hörsel, rörelsenedsättning, styrkor och friskfaktorer.

Planering:

Remitteras för basala blodprover: Hb, ferritin, asat, alat, TSH, fT4, Homocystein, CK (för pojkar upp till skolåldern)	☐ Ja	☐ Nej	☐ Provsvar finns
Om nej-motivera:			
Resultat av blodprover och provtagningsdatum:			
Remitteras till	☐ Ja, Ögonklinik ☐ Ja, hänvisas till valfri Optiker		☐ Nej
	☐ Ja, Audiologiska kliniken		☐ Nej
Remitteras för ytterligare utredning Om Ja- vart? Orsak? :	☐ Ja		☐ Nej

Underskrift och datum

Namnförtydligande	Datum
Titel och enhet	