Medicinsk bedömning inför prövning anpassad grund- eller gymnasieskola - bedömning skolläkare intyg 2

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

Information och delaktighet

Utfall av slutlig medicinsk bedömning har återkopplats till samtliga vårdnadshavare/myndig elev

☐ Ja, har informerats om slutbedömning av medicinsk utredning
Datum

☐ Nej, motivera

☐ Ja, har i samband med återkoppling av innehåll i intyg 1 informerats om preliminär bedömning av medicinsk utredning och samma bedömning kvarstår
Datum

Kort sammanfattning - kan kopieras från sammanfattning i intyg 1

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

Beskriv styrkor och medicinska friskfaktorer att ta vara på:
Tex god motorik, social eller praktisk förmåga, eller goda levnadsvanor. Barnets intressen/ fritidssysselsättning)

Eventuella kompletterande uppgifter- ifylles om det saknas i intyg 1

Synundersökning – datum och resultat

☐ Väsentligen normal syn ☐ Väsentligen normal syn (med ev glas/linser) ☐ Synnedsättning (trots glas/linser) ☐ Synskada/blindhet

☐ Ej bedömbart
Om det ej varit möjligt att genomföra/ inhämta resultat från synundersökning - beskriv och resonera kring vad som talar för respektive emot normal syn

☐Hörselundersökning – datum och resultat

☐ Väsentligen normal hörsel ☐ Väsentligen normal hörsel med hjälpmedel ☐ Hörselnedsättning trots hjälpmedel

☐ Hörselskada/dövhet ☐ Ej bedömbart
Om det ej varit möjligt att genomföra/ inhämta resultat från hörselundersökning - beskriv och resonera kring vad som talar för respektive emot normal hörsel

Basal provtagning (Hb ferritin TSH fT4 asat alat homocystien) – datum

☐ Ja, samtliga prover normala	☐ Ja, avvikande provsvar, beskriv	☐ Ja, men provsvar saknas
☐ Nej men andra prover har tagits	☐ Nej. Inga prover har tagits	
Om det ej varit möjligt att genomföra/inhämta resultat från provtagning - beskriv och resonera kring förekomst/avsaknad av symtom eller andra faktorer som talar för/emot de sjukdomar som omfattas av provtagningen		
Kommentera ev nytillkommen information		

Sammanfattande bedömning

1. Har utredningen visat medicinska faktorer som stärker misstanke om/stämmer med den bild som vanligen ses vid intellektuell funktionsnedsättning (IF). Vissa av dessa kan också utgöra möjlig etiologisk förklaring. *Tex hereditet, perinatala faktorer/händelser, försenad psykomotorisk utveckling, statusfynd (kroppsliga särdrag, tillväxt, genitalia, avvikande neuromotorik), konsanguitet (släktskap mellan föräldrar), samsjuklighet (neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, epilepsi, språkstörning), syndrom/genetisk avvikelse, svält under tidig uppväxt*	☐ Ja ☐ Nej
Om ja- beskriv:	
2. Finns betydande och bestående begåvningsmässig funktionsnedsättning på grund av hjärnskada, föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom?	☐ Ja ☐ Nej
Om ja-beskriv:	
3.Finns/misstänks behandlingsbara medicinska faktorer som kan påverka inlärning och/eller resultatet som uppnåddes vid utredning hos psykolog? *T ex Svår järnbrist/anemi, thyroideasjukdom, psykisk ohälsa, metabol sjukdom, epilepsi*	☐ Ja ☐ Nej
Om ja -vilken/vilka?	
Påverkas ställningstagande till diagnos IF?	☐ Ja ☐ Nej
Motivera – *beskriv eventuell utredning, behandling, tidpunkt i förhållande till psykologutredning, relevant information från teamanalys?*	
4. Finns andra faktorer som över tid påverkat eller bidragit till elevens inlärningssvårigheter och/eller påverkat prestationsförmågan i samband med psykologutredningen?	
a) Samexisterande funktionsnedsättning - språkstörning, neuropsykiatriska svårigheter, synnedsättning, hörselnedsättning	☐ Ja ☐ Nej
Om ja -vilken/vilka?	
Om ja - Påverkas ställningstagande till diagnos IF?	☐ Ja ☐ Nej
Motivera ur ett medicinskt perspektiv *- beskriv och resonera kring elevens behov av och tillgång till adekvata behandlingsinsatser (inkl läkemedel och hjälpmedel) från vården. I förekommande fall - har dessa medicinska insatser funnits i samband med psykologtestning och under tillräckligt lång tid för att möjliggöra utvärdering av effekt på inlärning*?	
b) Psykosociala faktorer? -trauma, våld, övergrepp, bristande stimulans/omsorgssvikt, nyligen familjehemsplacerad	☐ Ja ☐ Nej
Om ja -vilken/vilka?	
Har detta tillfredsställande beaktats i samråd med övriga utredande parter (teamanalys) vid ställningstagande till diagnos IF. Kommentera kort	
c) Bristande skolgång/stödinsatser***?*** - skolfrånvaro, kort tid i Sverige, otillräckliga stödinsatser	☐ Ja ☐ Nej
Om ja -beskriv kort bristerna:	

Har detta tillfredsställande beaktats i samråd med övriga utredande parter (teamanalys) vid ställningstagande till diagnos IF. Kommentera kort			
5. Remitteras barnet/eleven för ytterligare utredning?		☐ Ja	☐ Nej
Vart? Orsak?			
Om ja – påverkar resultat av utredningen ställningstagande till diagnos IF?		☐ Ja	☐ Nej
Motivera:			
6. Remitteras eleven för barnneurologisk bedömning och ställningstagande till etiologisk utredning?	☐ Ja, till Barn och ungdomshabiliteringen	☐ Ja, till Barnkliniken	☐ Nej
Om nej – motivera:			
7. Har eleven också erbjudits remiss till Barn- och ungdomshabiliteringen för stödinsatser utifrån IF-diagnos?	☐ Ja, av skolläkare ☐ Ja, av annan		☐ Nej
Om nej – motivera:			

8. Övrig information som kan vara viktig för skolan. *Tex glasögon, hörapparat, andra hjälpmedel, speciella behov som anpassningar kring toalettbesök, hjälp med egenvård, extra motorisk träning.*

Underskrift och datum	
Namnförtydligande	Titel och enhet
Datum	