

TILVISING TIL DET PSYKISKE HELSEVERNET FOR BARN OG UNGE

Dette er eit felles tilvisings skjema for det psykiske helsevernet for barn og unge. Skjemaet er utvikla av Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner (NFBUI) etter oppdrag frå Helsedirektoratet og dekker den obligatoriske rapporteringa til Norsk Pasientregister (NPR).

Dei som ynskjer dette skjemaet i pdf-format, kan lasta det ned frå www.nfbui.no

Vert tilvist til:

Skjemaet vart sist revidert 02.06.2009. Ved spørsmål, kontakt BUP-institusjonen.

Gjeld øyeblikkeleg hjelp, innan 24 timar:
 (Lov om spesialhelsetjenesten m.m. § 3-1.)

BARN / UNGDOM SOM VERT TILVIST:

Førenamn	Fødd	Pers. nr	VERT FYLT UT AV BUP: Saknr.: <input type="text"/> Inndato: <input type="text"/> Inntakar: <input type="text"/> Reinntak? <input type="text"/>
Etternamn	Jente <input type="checkbox"/>	Gut <input type="checkbox"/>	
Adresse	Kommune		
	Bydel		
Postadresse	Tlf.		

MOR / FØRESETT (Den som har foreldreansvar)

Namn	Relasjon	Fødd dato
Adresse	<input type="checkbox"/> Biologisk mor <input type="checkbox"/> Fosterf.	Tlf. privat
Postadresse	<input type="checkbox"/> Adopt./stemor <input type="checkbox"/> Anna	Tlf. jobb

FAR / FØRESETT (Den som har foreldreansvar)

Namn	Relasjon	Fødd dato
Adresse	<input type="checkbox"/> Biologisk far <input type="checkbox"/> Fosterf.	Tlf. privat
Postadresse	<input type="checkbox"/> Adopt./stefar <input type="checkbox"/> Anna	Tlf. jobb

OMSORGSSITUASJON

Set kryss for omsorgssituasjon

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bur hjå begge foreldra | <input type="checkbox"/> Bur hjå ein av foreldra og sambuar/ektefelle | <input type="checkbox"/> Bur på institusjon |
| <input type="checkbox"/> Pendlar mellom mor og far | <input type="checkbox"/> Bur hjå besteforeldre eller annan familie | <input type="checkbox"/> Bur åleine |
| <input type="checkbox"/> Bur hjå ein av foreldra | <input type="checkbox"/> Bur i fosterheim | <input type="checkbox"/> Anna |

Namn og adresse på den barnet bur hjå, om anna enn nemnt over

Namn	Namn
Adresse	Adresse
Postadresse	Postadresse
Tlf.	Tlf.

SYSKJEN / HALVSYSKJEN / ANDRE I FAMILIEN SI OMSORG

Har barnet syskjen?

- Ja
 Nei
 Veit ikkje

Relevante tilleggsopplysningar

SKULE / BARNEHAGE (Fyll ut dersom barnet går på skule eller i barnehage)

Namn skule/barnehage	Tlf.
Kontaktperson(ar)	
Adresse	Postadresse

Er det bruk for tolk? Ja Nei

Språk og spesielle krav til tolk:

TILVISINGSGRUNN

Utfyllande opplysningar

Velg opptil 2 tilvisingsgrunnar frå kvar liste.
Sett den viktigaste fyrst. Skriv nummer i rutene.

Tilvisingsgrunn barnet

1 2

1. Alvorleg bekymring for barn under 6 år
2. Mistanke om gjennomgripande utviklingsforstyrning (autisme)
3. Mistanke om trassliding / adferdsforstyrring
4. Mistanke om hyperkinetisk forstyrning (ADHD)
5. Mistanke om Tourette syndrom
6. Skulevegring
7. Mistanke om angstliding
8. Mistanke om tvangstanker / tvangshandlingar
9. Mistanke om spiseforstyrning
10. Mistanke om depresjon
11. Mistanke om bipolar lidning
12. Vedvarande og alvorlig sjølvskading
13. Mistanke om psykose
14. Alvorlege psykiske reaksjonar etter traume, kriser eller katastrofar
15. Alvorlege psykiske symptom sekundært til somatisk sjukdom
16. Anna

Barnet sitt miljø (siste 6 mnd)

1 2

1. Belastningar i familien
2. Belastningar i nærmiljø/samfunn
3. Belastningar i skule/barnehage

STATUS PRESENS

Utfyllande opplysningar

KVEN ARBEIDER MED SAKA

Instansnamn	Kontaktperson	Rapport vedl. (X)
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

Er det utarbeidd individuell plan? Ja Nei

Har den/dei som har foreldreansvar gitt samtykke til tilvisinga? Mor/føresettt Ja Nei

Far/føresettt Ja Nei

Dersom pasienten har fylt 16 år, har vedkomande gitt samtykke til tilvisinga? Ja Nei

TILVISANDE LEGE / BARNEVERN SLEIAR

Namn / Instans / Stempel	Fastlege (Dersom annan enn tilvisande lege)
	Namn
Adresse / tf.:	Adresse
Dato	Underskrift
	Tlf.: