

## Medicinsk bedömning inför mottagande i anpassad grundskola/gymnasium

Elevers namn:

Elevers efternamn:

Personnummer:

Nuvarande skola:

**Bakgrund (ålder, kön, tidigare sjukdomar och utredningar, annat relevant):**

--

**Beskriv kort barnets svårigheter i vardagsliv. Kroppsliga hinder? Språkhinder? Kan eleven äta, sköta hygien själv, mm? Kontakt med Habilitering?**

--

**Nuvarande sjukdomar/tillstånd samt eventuell farmakologisk behandling om relevant:**

--

**Hereditet (IF, ADHD, AST, Dyslexi/språkstörning, neurologiska/genetiska tillstånd):**

--

**När och var fick eleven diagnos intellektuell funktionsnedsättning**

--

**Grad av IF (grav/svår/medelsvår/lindrig):**

--

<b>Fullständig medicinsk utredning enligt rekommendationer från Svensk Neuropediatrik Förening och riktlinjer för utredning vid IF:</b>
<b>1) Anamnes kring prenatala/perinatala orsaksfaktorer (FAS, CMV, förlossningsskada, extrem prematuritet inkl. FV):</b>
<b>2) Läkareundersökning inkl. neurologisk undersökning:</b>
<b>3) Basala prover:</b>
<b>4) Eventuella genetiska/metabola prover om indicerat:</b>

<b>Syn:</b>
<b>Hörsel:</b>
<b>Tillväxt:</b>
<b>Känt skalltrauma:</b>

<b>Har medicinsk utredning kunnat utesluta andra tillstånd som förknippas med IF?</b>
<b>Finns det behov av ytterligare utredning/remittering?</b>
<b>Övrigt som bedöms ha relevans för beslut om mottagande i anpassad skola?</b>

**OBS. Vänligen bifoga besked på medicinsk utredning inkl. sedvanliga blodprover samt eventuell genetisk/metabol provtagning.**

Namnförtydligande, titel:

Telefonnummer:

Mailadress:

Ort, datum:

Underskrift: