 **Intyg till socialnämnd**

**Länsöverenskommelse: Läkarundersökning i samband med att barn och unga placeras i familjehem eller i hem för vård och boende (HVB)**

|  |
| --- |
| Barnets personnummer:       |
| Barnets för- och efternamn:       |
| Ansvarig socialnämnd och socialsekreterare:       |
| Undersökande läkare:       |
| Barn- och ungdomsmedicinska mottagningen i:       |
| **Genomförande av läkarundersökning**Datum:      Närvarade personer:       Tidsåtgång för besöket:      Barnets förmåga att medverka och kommunicera:       |
| **Journaler/bakgrundsmaterial som fanns tillgängligt vid undersökningen:**[ ]  Information från socialtjänsten[ ]  Konsultationsdokument från BVC-sjuksköterska eller skolsköterska [ ]  Förlossningsjournal (FV 2) (rekvireras hos BVC)[ ]  Komplett BVC-journal (dvs. inklusive tillväxtkurva, vaccinationsblad, kopia av skickade remisser och remissvar)[ ]  Komplett skolhälsovårdsjournal (dvs. inklusive tillväxtkurva, vaccinationsblad, kopia av skickade remisser och remissvar) [ ]  Övriga journalkopior vid behov (t.ex. om barnet har en kronisk sjukdom eller någon pågående behandlingskontakt bör information om detta framgå vid begäran om läkarutlåtande och journalkopior vid behov inhämtas) |
| **Bedömning av barnets hälsa och utveckling:** Tecken på akut eller kronisk sjukdom:      Tecken på misshandel, övergrepp, vanvård och/eller självdestruktivt beteende:      Näringstillstånd och fysisk utveckling (kompletterad med ett tillväxtdiagram):      Språkutveckling:      Psykisk hälsa:      Kroppslig utveckling (pubertet):      Tecken på oro, nedstämdhet:      Tecken på rastlöshet, bristande koncentrationsförmåga och orientering:      Funktionsnedsättning eller tecken på funktionsnedsättning:       |
| **Planerade åtgärder och uppföljning, ange ansvarig för genomförandet** Akuta åtgärder:      Vårdplanering:      Behov av Samordnad Individuell Plan (SIP): [ ]  Ja [ ]  Nej Intyg och journalant. skickas till BVC/skolsköterska för fortsatt uppföljning: [ ]  Ja  |
| **Datum**      *…………………………………………………………… …………………………………………………………………**Underskrift undersökande läkare Underskrift ansvarig socialsekreterare*          *Namnförtydligande Namnförtydligande* |