

## HENVISNING TIL DET PSYKISKE HELSEVERNET FOR BARN OG UNGE

Dette er et felles henvisningsskjema for det psykiske helsevernet for barn og unge. Skjemaet er utviklet av Norsk forening for barn og unges psykiske helse (n-bup) etter oppdrag fra Helsedirektoratet og dekker den obligatoriske rapporteringen til Norsk Pasientregister (NPR).

De som ønsker dette skjemaet i pdf-format kan laste det ned fra [www.nbup.no](http://www.nbup.no)

Skjemaet ble sist revidert 1. 4. 2011. Ved spørsmål, kontakt BUP-institusjonen.

Henvises til:

**Gjelder øyeblikkelig hjelp, innen 24 timer:**

(Lov om spesialhelsetjenesten m.m. § 3-1.)

### BARN / UNGDOM SOM HENVISES:

|             |                                |                               |
|-------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Fornavn     | Født                           | Pers. nr                      |
| Etternavn   | Jente <input type="checkbox"/> | Gutt <input type="checkbox"/> |
| Adresse     | Kommune                        |                               |
|             | Bydel                          |                               |
| Postadresse | Tlf.                           |                               |

### FYLLES UT AV BUP:

Saknr.:

Inndato:

Inntaker:

Reinntak?

### MOR / FORESATT (Den som har foreldreansvar)

|             |  |             |
|-------------|--|-------------|
| Navn        | Relasjon   | Født dato   |
| Adresse     | <input type="checkbox"/> Biologisk mor <input type="checkbox"/> Fosterf. <input type="checkbox"/> Adopt./stemor <input type="checkbox"/> Annet | Tlf. privat |
| Postadresse |  | Tlf. jobb   |

### FAR / FORESATT (Den som har foreldreansvar)

|             |  |             |
|-------------|--|-------------|
| Navn        | Relasjon   | Født dato   |
| Adresse     | <input type="checkbox"/> Biologisk far <input type="checkbox"/> Fosterf. <input type="checkbox"/> Adopt./stefar <input type="checkbox"/> Annet | Tlf. privat |
| Postadresse |  | Tlf. jobb   |

### OMSORGSSITUASJON

#### Sett kryss for omsorgssituasjon

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bor hos begge foreldrene  | <input type="checkbox"/> En av foreldrene og samboer/ektefelle | <input type="checkbox"/> Bor på institusjon |
| <input type="checkbox"/> Pendler mellom mor og far | <input type="checkbox"/> Hos besteforeldre eller annen familie | <input type="checkbox"/> Bor alene          |
| <input type="checkbox"/> Hos en av foreldrene      | <input type="checkbox"/> Bor i fosterhjem                      | <input type="checkbox"/> Annet              |

### Navn og adresse på den barnet bor hos, hvis annet enn nevnt over

|             |             |
|-------------|-------------|
| Navn        | Navn        |
| Adresse     | Adresse     |
| Postadresse | Postadresse |
| Tlf.        | Tlf.        |

### SØSKEN / HALVSØSKEN / ANDRE I FAMILIENS OMSORG

#### Har barnet søsken?

- Ja  
 Nei  
 Vet ikke

Relevante tilleggsopplysninger

### SKOLE / BARNEHAGE (Fylles ut hvis barnet går på skole eller i barnehage)

|                      |             |
|----------------------|-------------|
| Navn skole/barnehage | Tlf.        |
| Kontaktperson(er)    |             |
| Adresse              | Postadresse |

Er det behov for tolk?  Ja  Nei

Språk og spesielle krav til tolk:

**HENVISNINGSGRUNN**

Beskrivelse

Velg inntil 2 henvisningsgrunner fra hver liste.  
Sett den viktigste først. Skriv nummer i rutene.**Henvisningsgrunn barnet**1  2 

1. Alvorlig bekymring for barn under 6 år
2. Mistanke om gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (autisme)
3. Mistanke om trasslidelse / adferdsforstyrrelse
4. Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)
5. Mistanke om Tourette syndrom
6. Skolevegring
7. Mistanke om angstlidelse
8. Mistanke om tvangstanker / tvangshandlinger
9. Mistanke om spiseforstyrrelse
10. Mistanke om depresjon
11. Mistanke om bipolar lidelse
12. Vedvarende og alvorlig selvskading
13. Mistanke om psykose
14. Alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer, kriser eller katastrofer
15. Alvorlige psykiske symptomer sekundært til somatisk sykdom
16. Annet

**STATUS PRESENS**

Beskrivelse

**Barnets miljø (siste 6 mnd)**1  2 

1. Belastninger i familien
2. Belastninger i nærmiljø/samfunn
3. Belastninger i skole/barnehage

**HVEM ARBEIDER MED SAKEN**

| Instansnavn | Kontaktperson | Rapport vedl. (X) |
|-------------|---------------|-------------------|
|             |               |                   |
|             |               |                   |
|             |               |                   |
|             |               |                   |
|             |               |                   |
|             |               |                   |

Er det utarbeidet individuell plan? Ja  Nei Har den/de som har foreldreansvaret samtykket til henvisningen? Mor/foresatt Ja  Nei Far/foresatt Ja  Nei Hvis pasienten har fylt 16 år, har vedkommende samtykket til henvisningen? Ja  Nei **HENVISENDE LEGE / BARNEVERNsleder**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Navn / Instans / Stempel | <b>Fastlege (Hvis annen en henvisende lege)</b> |
|                          | Navn  |
| Adresse / tlf.:          | Adresse   |
| Dato                     | Underskrift                                     |
|                          | Tlf.:   |