**Medicinsk bedömning inför mottagande i anpassade grundskolan alternativt anpassade gymnasieskolan**

En medicinsk bedömning bör göras av en legitimerad läkare.

Syftet är att redovisa om det finns medicinska faktorer som indikerar intellektuell funktionsnedsättning. Om läkaren bedömer att det i stället finns andra orsaker än intellektuell funktionsnedsättning som kan orsaka elevens uppvisade skolsvårigheter behöver detta beskrivas. Bedömningen ska också innehålla andra ställda diagnoser som skulle kunna förklara barnets/elevens funktionsnivå.

Andra gånger kan läkaren anse att det behövs ytterligare utredning för att klargöra orsakerna till en elevs skolsvårigheter. Det kan handla om funktionsnedsättningar och medicinska aspekter som påverkar inlärningsförmågan utan att eleven behöver ha en intellektuell funktionsnedsättning.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Elevens namn |  | Personnummer |

|  |
| --- |
| **Beskrivning av barnets/elevens utvecklingsanamnes** |
| 1. Beskriv graviditet/förlossning och nyföddhetsperiod

      |
| 1. Beskriv barnets/elevens tidiga psykomotoriska utveckling

      |
| 1. Beskriv barnets/elevens tillväxt

      |
| **Beskrivning av barnets/elevens nuvarande livssituation** |
| 1. Beskriv barnets/elevens familjesituation

      |
| 1. Beskriv barnets/elevens skolsituation

      |
| 1. **Ge en aktuell funktionsbeskrivning (ADL-färdigheter) av barnet/eleven**

      |
| **Beskrivning av barnets/elevens hälsa** |
| 1. Beskriv barnets/elevens allmänna hälsotillstånd

7.1 Medverkan/beteende      |
| 7.2 Allmäntillstånd      |
| **7.3 Hjärta**      |
| **7.4 Hud**      |
| **7.5 Motorik/neurologi**      |
| **7.6 Beskriv vad kontroller av barnets/elevens syn och hörsel har visat**      |
| **Beskrivning och analys av medicinska utredningar** |
| 1. **Beskriv om barnet/eleven har genomgått någon form av behandling/utredning och eventuellt fastställda diagnoser**

      |
| 1. **Har medicinsk utredning kunnat påvisa medicinska faktorer som brukar vara förknippade med intellektuell funktionsnedsättning?**

 [ ]  Ja [ ]  Nej**Om ja, beskriv:**      |
| 1. **Bedömer du att det kan finnas annan orsak än intellektuell funktionsnedsättning som kan förklara barnets** försenade utveckling**/elevens inlärningssvårigheter?**

[ ]  Ja [ ]  Nej **Om ja, vilken/vilka?**      |
| 1. **Finns ytterligare funktionsnedsättning?**

[ ]  Ja [ ]  Nej**Om ja, vilken/vilka?**      |
| 1. **Remitteras barnet/eleven till ytterligare utredning?**

[ ]  Ja [ ]  Nej **Om ja, med vilken frågeställning?**      |
| 1. **Sammanfattande bedömning av barnet/eleven med avseende på eventuellt mottagande i anpassade grundskolan respektive anpassade gymnasieskolan. Finns det något som talar emot ett mottagande i anpassade grundskolan respektive anpassad gymnasieskolan?**

      |

**Ansvarig för den medicinska bedömningen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |
| Datum |  |  |
|  |  |  |
| Namnunderskrift  |  |  |
|       |  |       |
| Namnförtydligande |  | Titel |
|       |
| Mejladress och/eller telefonnummer |