**Medicinsk bedömning inför beslut om mottagande i grundsärskola/ gymnasiesärskola**

Den medicinska bedömningen ska ge en allmän bild av barnets/elevens hälsa och bör om möjligt beskriva medicinska orsaker till den försenade utvecklingen/inlärningssvårigheterna. En intellektuell funktionsnedsättning måste vara bestående för att ett mottagande i grundsärskolan/gymnasiesärskolan ska kunna ske – behandlingsbara medicinska/

psykiatriska orsaker ska uteslutas. Bedömningen ska också ange om alternativa diagnoser misstänks kunna förklara barnets/elevens försenade utveckling/inlärningssvårigheter och/eller om andra funktionsnedsättningar förekommer tillsammans med den intellektuella funktions­nedsättningen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 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 grundsärskolan/gymnasiesärskolan. Finns det något som talar emot ett mottagande i grundsärskola/gymnasiesärskola?** |

**Ansvarig för den medicinska bedömningen:**

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