

# Checklista för utredning av neuropsykiatriska funktionshinder

Neuropsykiatriskt utrednings och behandlings centrum,  
Beroendecentrum Stockholm

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

	Datum	Signatur
Remiss ankom	___/___ 20___	_____
Remisskrivare (namn, klinik)	_____	_____
Frågeställning	_____	_____
Aktualiserad på beh konferans	___/___ 20___	_____
Kallad	___/___ 20___	_____

<b>Läkare</b>	Utfört datum	signatur
Beroende anamnes	___/___ 20___	_____
Allmän psykiatrisk anamnes	___/___ 20___	_____
Retrospektiv anamnes	___/___ 20___	_____
Psykiatriskt status	___/___ 20___	_____
Somatiskt status	___/___ 20___	_____
Neurologiskt status	___/___ 20___	_____
Stigmata	___/___ 20___	_____
Retrospektiv anhöriganamnes	___/___ 20___	_____
GAF	___/___ 20___	_____

## **Läkare**

Remiss EEG \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_

Remiss CT \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_

Remiss logoped \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_

## **Sjuksköterska**

Rutinlab \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_

Kromosomanalys \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_

## **Utredningssekreterare**

Psykosocial utredning \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_

Fullmakter för journalbeställningar \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_

Adresslista \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_

Tillstånd att kontakta anhörig el motsvarande \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_

Medgivande till information (sekretess) \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_

ASI \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_

## **Case Manager**

*Självskattningar :*

ASRS \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_

AQ \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_

WURS \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_

KASAM \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_

.....

ASRS-anh \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_

5-15 \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_

WURS-anh \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_\_

## ***Psykolog***

Allmänintellektuell förmåga	___/___ 20___	_____
Screening för specifika inlärningssvårigheter	___/___ 20___	_____
Uppmärksamhet	___/___ 20___	_____
Exekutiva funktioner	___/___ 20___	_____
Datoriserat viganstest	___/___ 20___	_____
Personlighetsbedömning	___/___ 20___	_____
Retrospektiv anamnes	___/___ 20___	_____
Retrospektiv anhöriganamnes	___/___ 20___	_____

## ***Arbetsterapeut***

AMPS-bedömning	___/___ 20___	_____
OCAIRS-S	___/___ 20___	_____
ACIS-S	___/___ 20___	_____

## ***Återföring av resultat till patienten***

Teamkonferens	___/___ 20___	_____
Kallad	___/___ 20___	_____
Vårdplan	___/___ 20___	_____