Dokumentation av medicinsk bedömning inför mottagande i anpassad grundskola

Den medicinska bedömningen utgör, tillsammans med en psykologisk, en pedagogisk och en social bedömning, den utredning som ingår i beslutsunderlaget inför ett eventuellt mottagande i anpassad grundskola.

Den medicinska bedömning ska göras av en legitimerad läkare, det kan vara skolläkaren eller en externt anlitad läkare.

Syftet med bedömningen är att, redovisa eventuella bidragande medicinska diagnoser samt avgöra om behov finns av ytterligare medicinsk utredning på specialistnivå för att utesluta behandlingsbara tillstånd som kan bidra till barnets/elevens inlärningssvårigheter.

Syftet med den medicinska bedömningen är att klargöra barnets/elevens medicinska situation, redovisa om det finns medicinska faktorer som indikerar en intellektuell funktionsnedsättning eller om det istället finns andra orsaker än intellektuell funktionsnedsättning som kan orsaka barnets/elevens uppvisade skolsvårigheter.

Den medicinska bedömningen ska:

förmedla en bred bild av barnet/eleven

klargöra så långt det är möjligt medicinska orsaker till barnet/elevens svårigheter samt vad dessa kan innebära för barnet/elevens fortsatta utveckling

i förekommande fall, fastställa om det föreligger bestående begåvningsmässig funktionsnedsättning på grund av hjärnskada, föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom

i förekommande fall, ge besked om det påvisats att barnet/eleven har alternativa diagnoser eller funktionsnedsättningar som kan förklara dennes svårigheter

På nästa sida finns en blankett att använda för att dokumentera den medicinska bedömningen. Den slutliga bedömningen delges vårdnadshavarna och lämnas till barnets/elevens rektor.

# Medicinsk bedömning inför mottagande i anpassad grundskola

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn**  Elevens/barnets namn | |
| **Enhet barnet/eleven går på** | **Personnummer** |

**Beskrivning och analys av barnets/elevens medicinska situation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anamnes**  *Ge en bred bild av barnet/eleven, inklusive sjukhistoria, utvecklingsanamnes och genomförd medicinsk utredning* |  | | |
| **Syn- och hörselkontroll**  *Ange när senaste kontroll gjordes samt resultat från dessa* |  | | |
| **Uppgifter om tillväxt**  *Statussammanfattning och bedömning av tillväxt* |  | | |
| **Har medicinska orsaker till barnets/elevens svårigheter kunnat påvisas?** | | Ja |  |
| Nej |  |
| **Om ja, beskriv vilka orsaker** |  | | |
| **Om ja, beskriv vad dessa innebär för barnets/elevens fortsatta utveckling** |  | | |
| **Föreligger betydande och bestående begåvningsmässiga funktionshinder på grund av hjärnskada föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom?** | | Ja |  |
| Nej |  |
| **Om ja, specificera** |  | | |
| **Föreligger andra kända eller misstänkta funktionsnedsättningar eller medicinska diagnoser (andra än intellektuell funktionsnsnedsättning) som kan förklara eller bidra till barnets/elevens svårigheter?** | | Ja |  |
| Nej |  |
| **Om ja, specificera** |  | | |
| **Remitteras barnet/eleven till ytterligare utredning?** | | Ja |  |
| Nej |  |
| **Om ja, vilken är frågeställningen** |  | | |
| **Övrigt som bedöms ha relevans för beslut om mottagande i anpassad grundskola** |  | | |
| **Sammanfattande bedömning av barnet/eleven avseende eventuellt beslut om mottagande i anpassad grundskola** |  | | |

|  |
| --- |
| Beskrivning av barnets/elevens eventuella behov av fysisk tillgänglighetsanpassning |
|  |

**Ansvarig för den medicinska bedömningen:**

Datum

Underskrift Namnförtydligande

Titel

Kontaktuppgifter