

Trúnaðarmál

Tilvísun til skólaþjónustu vegna leikskólanemanda

Leikskóli:	Deildarstjóri:	
1. Nemandi	Kennitala	
Heimilisfang	Móðurmál	
Póstnúmer	Staður	
2. Foreldri A	Kennitala	Netfang
Heimilisfang	Móðurmál	Sími
3. Foreldri B	Kennitala	Netfang
Heimilisfang	Móðurmál	Sími
4. Barnið býr hjá:	<input type="checkbox"/> Foreldrum <input type="checkbox"/> Hjá foreldri A <input type="checkbox"/> Hjá foreldri B <input type="checkbox"/> Hjá öðrum:	
5. Forsjá barns er:	<input type="checkbox"/> Sameiginleg <input type="checkbox"/> Hjá foreldri A <input type="checkbox"/> Hjá foreldri B <input type="checkbox"/> Hjá öðrum:	

Tilvísun frá:

Leikskóla Heimili Öðrum: _____

Tilvísun til:

Talmeinafræðings Sálfræðings Leikskólaráðgjafa

Ástæða tilvísunar *(veljið aðeins eina til þrjár og forgangsraðið 1-3 eftir vægi):*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hreyfiþroski | <input type="checkbox"/> Málþroski |
| <input type="checkbox"/> Sjálfshjálp | <input type="checkbox"/> Máltjáning |
| <input type="checkbox"/> Grófhreyfingar | <input type="checkbox"/> Málskilningur |
| <input type="checkbox"/> Fínhreyfingar | <input type="checkbox"/> Framburður |
| <input type="checkbox"/> Taugþroski | <input type="checkbox"/> Vitsmunþroski |
| <input type="checkbox"/> ADHD (Einbeiting, ofvirkni, hvatvísi) | <input type="checkbox"/> Hegðun |
| <input type="checkbox"/> Grunur um röskun á einhverfurófi | <input type="checkbox"/> Líðan |
| <input type="checkbox"/> Næmni fyrir skynáreiti | <input type="checkbox"/> Aðlögun |
| <input type="checkbox"/> Félags- og/eða samskiptahæfni | |

Önnur: _____

Nánari lýsing á því sem óskað er eftir : _____

Leiðsögn/ráðgjöf Greining Endurmat

SAMEIGINLEG LÝSING ALLRA TILVÍSENA Á TILVÍSUNARÁSTÆÐU

Lýsið styrkleikum nemandans. : _____

Lýsið veikleikum nemandans. : _____

Núverandi þroskastaða barns miðað við jafnaldra. (Merkið í viðeigandi reit.)

	Mikið fyrir neðan meðallag	Fyrir neðan meðallag	Í meðallagi	Fyrir ofan meðallag
1. Félagsþroski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leikþroski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Málþroski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fínhreyfingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Grófhreyfingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hegðun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Líðan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Niðurstöður skimana: (Hljóm-2, Orðaskil, TRAS, AEPS, Íslenski þroskalistinn, Smábarnalistinn).

Úrræði fram að þessu.

<input type="checkbox"/> Atferlisáhlutun	<input type="checkbox"/> Skipulögð kennsla/ TEACCH	<input type="checkbox"/> Þjálfun í sjálfshjálp	<input type="checkbox"/> PECS
<input type="checkbox"/> Málörvun	<input type="checkbox"/> Félagsfærniþjálfun	<input type="checkbox"/> Þjálfun grófhreyfinga	<input type="checkbox"/> Tákn með tali
<input type="checkbox"/> ART þjálfun	<input type="checkbox"/> Þjálfun fínhreyfinga	<input type="checkbox"/> Myndrænt skipulag	<input type="checkbox"/>

Hefur barnið áður fengið sérfræðiaðstoð? Já Nei

Hjá hverjum og hvenær og hverjar voru niðurstöður? _____

Hefur verið staðfest hvort vandinn sé læknisfræðilegur? Já Nei

Ef já, lýsið nánar. _____

Tekur barnið lyf? Já Nei

Ef já, hvaða lyf og hversu lengi? _____

Er barnið oft fjarverandi úr leikskóla? Já Nei

Eru kvartanir um líkamleg einkenni? Já Nei

Ef já, um hvað? _____

Er grunur um geðrænan vanda?

Kvíða? Já Nei

Þunglyndi? Já Nei

Einelti (ef við á)

Er grunur um einelti? **Já** **Nei**

Eineltið er: **Félagslegt** **Líkamlegt** **Andlegt**

Hefur verið rætt við barnið? **Já** **Nei**

Hverjir, hvar, hvað, hver sá hvað gerðist? _____

Hefur verið unnið eftir eineltisáætlun? **Já** **Nei**

Ef já, í hverju fólst hún? _____

Hversu langur er skjátími barnsins á hverjum degi (símar, tölvur, ípad, sjónvarp eða annað)?

_____ klst.

Er skólinn tilbúinn að vinna eftir ráðleggingum sérfræðiþjónustu? **Já** **Nei**

Hver er ábyrgur fyrir þeirri vinnu? _____

Ef við á: Forráðamaður samþykkir að niðurstöður utanaðkomandi sérfræðiaðstoðar fylgi tilvísun.

Með undirskrift samþykkir forráðamaður að málefni barnsins og fjölskyldu þess séu rædd í þverfaglegu samstarfi stoðþjónusta, að því marki sem það er nauðsynlegt fyrir vinnslu málsins.

Dagsetning: _____

Forráðamaður

Leikskólastjóri