

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:			
☐ Foreldrum ☐ Hjá foreldri A ☐ Hjá foreldri B ☐ Hjá öðrum:			
5. Forsjá barns er:			
☐ Sameiginleg ☐ Hjá foreldri A ☐ Hjá foreldri B ☐ 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):*

- | | |
|---|---|
| ☐ Hreyfiþroski | ☐ Málþroski |
| ☐ Sjálfshjálp | ☐ Máltjáning |
| ☐ Grófhreyfingar | ☐ Málskilningur |
| ☐ Fínhreyfingar | ☐ Framburður |
| ☐ Taugabroski | |
| ☐ Einbeiting, ofvirkni, hvatvísi | ☐ Vitsmunabroski |
| ☐ Grunur um röskun á einhverfurófi | ☐ Hegðun |
| ☐ Næmni fyrir skynáreiti | ☐ Líðan |
| ☐ Félags- og/eða samskiptahæfni | ☐ Aðlögun |

☐ 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	☐	☐	☐	☐
2. Leikþroski	☐	☐	☐	☐
3. Málþroski	☐	☐	☐	☐
4. Fínhyrfingar	☐	☐	☐	☐
5. Grófhreyfingar	☐	☐	☐	☐
6. Hegðun	☐	☐	☐	☐
7. Líðan	☐	☐	☐	☐

Fyrri skimanir:

☐ HLJÓM-2 ☐ Orðaskil ☐ TRAS ☐ AEPS ☐ Íslenski þroskalistinn
☐ Smábarnalistinn ☐ EFI-2 ☐ Annað: _____

Niðurstöður skulu fylgja með tilvísun sem fylgigögn

Úrræði fram að þessu.

☐ Atferlisihlutun	☐ Skipulögð kennsla/TEACCH	☐ Þjálfun í sjálfshjálpi	☐ PECS
☐ Málörvun	☐ Félagsfærniþjálfun	☐ Þjálfun grófhreyfinga	☐ Tákn með tali
☐ ART þjálfun	☐ Þjálfun fínhyrfinga	☐ Sjónrænt dagskipulag	☐

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

_____ klst.

Hefur barnið áður fengið sérfræðiaðstoð?

☐ Já

☐ Nei

☐ Iðjuþjálfari ☐ Talmeinafræðingur ☐ Sjúkraþjálfari ☐ Atferlisfræðingur
☐ Sálfræðingur ☐ Sérfræðilæknir ☐ Annað: _____

Helstu niðurstöður: _____

Tekur barnið lyf?

☐ **Já**

☐ **Nei**

Ef já, hvaða lyf og hversu lengi? _____

Hafa verið áhyggjur af:

☐ Fjarveru ☐ Samskiptum ☐ Vanlíðan ☐ Kvíða ☐ Líkamlegum einkennum

☐ Annað: _____

Lýsið nánar: _____

Er barnið/fjölskyldan í samþættri þjónustu?

☐ **Já**

☐ **Nei**

Ef já, á hvaða stigi: _____

Tengiliður/
málstjóri: _____ netfang: _____

Eru skóli og forráðamenn tilbúnir 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

Skólastjóri