

TILVÍSUN Í ADHD TEYMI GEÐSVIÐS LANDSPÍTALA

Óskað er eftir að eftirfarandi fylgi með umsókn:

- A) **Tilvísunareyðublað læknis** en í því eru meðal annars upplýsingar um lyf og heilsufar sjúklings ásamt samþykkisblaði sem **bæði læknir og sjúklingur skrifa undir.**
- B) **Upplýsingablað sjúklings** sem inniheldur spurningalista um einkenni og bakgrunnsupplýsingar. Þessu blaði skilar sjúklingur til læknis.

Athugið að gert er ráð fyrir að tilvísandi læknir sendi bæði A og B hluta saman til ADHD teymis. Tilvísun sendist á:

ADHD teymi
Páll Magnússon teymisstjóri
Geðsvið Landspítala
Hringbraut, 101 Reykjavík.

EYÐUBLAÐ LÆKNIS

Nafn sjúklings: _____

Kennitala: _____ - _____

Símanúmer: _____

Nafn tilvísanda: _____

Staða tilvísanda og vinnustaður: _____

Símanúmer og tölvupóstfang tilvísanda: _____

Vinsamlegast skráið eftirfarandi upplýsingar:

Ástæða tilvísunar í ADHD teymi:

Er þér kunnugt um að sjúklingur hafi eftirfarandi vandamál (merkið í reit ef við á):

<input type="checkbox"/> Blóðþrýstingur	<input type="checkbox"/> Hjartavandamál	<input type="checkbox"/> Kipparaskanir/Tourette
<input type="checkbox"/> Þroskaröskun	<input type="checkbox"/> Kvíði	<input type="checkbox"/> Þunglyndi
<input type="checkbox"/> Félagsleg vandamál	<input type="checkbox"/> Önnur geðræn vandamál	

Ef merkt er við eitthvað af ofangreindu vinsamlegast útskýrið nánar:

Stutt lýsing á almennu heilsufari (þekktir sjúkdómar aðrir en að ofan):

Vinsamlegast skráðu upplýsingar um þau lyf sem sjúklingur hefur verið á lengur en 3 mánuði s.l. tvö árin:

Er þér kunnugt um að sjúklingur hafi nú eða hafi áður átt við að stríða vandamál með notkun áfengis eða annarra vímuefna? Ef svo er þá vinsamlegast lýsið nánar:

Er þér kunnugt um að sjúklingur hafi verið í afbrotum? Ef svo er þá vinsamlegast lýsið nánar:

Vinsamlegast fyllið út samþykkisblað með sjúklingi hér fyrir neðan.

SAMÞYKKISBLAÐ SKJÓLSTÆÐINGS OG LÆKNIS

Undirrituð/undirritaður veitir samþykki fyrir umsókn þessari til ADHD teymis geðsviðs Landspítala ásamt leyfi fyrir að ADHD teymið hafi samband við ættingja, ef hægt er, sem þekkti mig í barnsku til að fara yfir einkenni og hömlun á því aldursskeiði.

Staður: _____ Dagsetning: _____

Samþykki skjólstæðings og kennitala:

Nafn: _____ Kennitala: _____ - _____

Nafn ættingja sem má hafa samband við varðandi einkenni og hömlun í æsku:

Nafn: _____ Tengsl: _____ Sími: _____

Vinsamlegast merkið við ef enginn ættingi er til staðar:

Enginn ættingi til staðar

Tilvísandi læknir vottar hér með undirskrift skjólstæðings og samþykkir að sinna eftirfylgd máls í samvinnu við lækni ADHD teymis:

Nafn læknis/tilvísanda:
