Nacka kommun

**Medicinsk bedömning inför mottagande i anpassad grundskola eller anpassad gymnasieskola**

En medicinsk bedömning bör göras av en legitimerad läkare. Syftet är att redovisa om det finns medicinska faktorer som indikerar en intellektuell funktionsnedsättning. Om läkaren bedömer att det finns andra orsaker än intellektuell funktionsnedsättning som kan orsaka elevens uppvisade skolsvårigheter behöver detta beskrivas i bedömningen. Den medicinska bedömningen kan till exempel visa att det finns en begåvningsmässig funktionsnedsättning, föranlett av yttre våld eller kroppslig sjukdom. Den medicinska bedömningen kan också till exempel visa att eleven har kromosomavvikelser, genetiska skador eller missbildningar som medför en intellektuell funktions-nedsättning. För att få diagnosen intellektuell funktionsnedsättning behöver inte orsaken till den intellektuella funktionsnedsättningen vara känd, men en sådan uppgift kan tala för ett beslut om att eleven bör tas emot i den anpassade grund- eller gymnasieskolan.

Andra gånger kan läkaren anse att det behövs ytterligare utredning för att klargöra orsakerna till en elevs skolsvårigheter, till exempel om det kan vara en syn- eller hörselskada, ADHD-problematik, autismspektrumtillstånd eller specifik språkstörning. Det kan således handla om funktionsnedsättningar och medicinska aspekter som påverkar inlärningsförmågan utan att eleven behöver ha en intellektuell funktionsnedsättning.

Ifylld mall överlämnas till:

Resurssamordnare
Utbildningsenheten
Nacka kommun
131 81 Nacka

# Medicinsk bedömning inför mottagande i anpassad grundskola eller anpassad gymnasieskola

**Elevuppgift**

|  |  |
| --- | --- |
| **Förnamn** | **Efternamn** |
|  |  |
| **Personnummer** | **Nuvarande skola/verksamhet** |
|  |  |

**Beskrivning och analys av elevens medicinska status**

|  |
| --- |
| **Hereditet** |
|  |
| **Tidigare sjukdomar** |
|  |
| **Nuvarande sjukdomar** |
|  |
| **Regelbunden kontakt med hälso- och sjukvård, habilitering** |
|  |
| **Uppgift om syn och hörsel, tillväxt** |
|  |

|  |
| --- |
| **När och var fick eleven diagnosen Intellektuell funktionsnedsättning?** |
|  |
| **Har en bedömning/utredning av tänkbara medicinska orsaksfaktorer ingått?** |
|  **□ Ja □ Nej** |
| **Om man funnit medicinska orsaker beskriv vilka samt vad detta kan innebära för elevens fortsatta utveckling:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Föreligger betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder på grund av hjärnskada föranlett av yttre våld eller kroppslig sjukdom?**  |
|  **□ Ja □ Nej**  |
| **Om ja: Beskriv.** |
|  |
| **Finns alternativa eller adderande diagnoser och funktionsnedsättningar (annat än Intellektuell funktionsnedsättning) som kan förklara elevens svårigheter?**  |
|  **□ Ja □ Nej**  |
| **Om ja: Beskriv**. |
| **Remitteras eleven för ytterligare utredning?**  |
|  **□ Ja □ Nej**  |
| **Om ja: Vart? Vilken frågeställning?** |
| **Övrigt som bedöms ha relevans för beslut om mottagande i anpassad skola:** |
|  |

**Ansvarig för den medicinska bedömningen**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Namn |
|  |  |
| Ort, arbetsplats | Namnunderskrift |
|  |  |
| Telefon | Titel |
|  |  |