

TILVÍSUN Í ADHD TEYMI GEÐSVIÐS LANDSPÍTALA

A HLUTI

EYÐUBLAÐ LÆKNIS

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.

Óskað er eftir að sjúklingur fylli út eyðublað sitt á biðstofu og fari ekki með það heim.

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

ADHD teymi
Geðsvið Landspítala
Hringbraut, 101 Reykjavík.

A HLUTI
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):

☐ Blóðþrýstingur	☐ Hjartavandamál	☐ Kipparaskanir/Tourette
☐ Þroskaröskun	☐ Kvíði	☐ Þunglyndi
☐ Félagsleg vandamál	☐ 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 á næstu síðu.

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 aðstandanda/aðstandendur til að afla upplýsinga um einkenni mín í bernsku og á fullorðinsárum.

Staður: _____ Dagsetning: _____

Samþykki skjólstæðings og kennitala:

Nafn: _____ Kennitala: _____ - _____

Nafn eins eða tveggja aðstandenda sem má hafa samband við varðandi einkenni og hömlun í æsku og á fullorðinsárum:

Nafn: _____ Tengsl: _____ Sími: _____

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:
