****Unntatt offentlighet - off.lov. § 13

|  |
| --- |
| TILVISING TIL FLEKSIBELT OPPSØKANDE BEHANDLINGSTEAM FOR BARN OG UNGE- FACT UNG, STORD, FITJAR OG BØMLO |
| **Kven kan fylla ut tilvisingsskjema?** -Ungdom sjølv/ føresette -offentlege instansar i samarbeid med familien. **Kven kan tilvisa?** -Fastlege -BUP -Psykolog -Barneverntenesta -Kommunale instansar i samarbeid med kommunepsykolog/fastlege |
| Målgruppe |
| Målgruppa er unge mellom 12-18 år, som har moderat til alvorleg funksjonsfall på fleire områder i livet. Herunder psykisk helse, rus, sosial fungering, skule/fritid/arbeid, familie, nettverk, kriminalitet m.m. Funksjonsvanskane vert opplevd som belastande og gir lav kvardagsmeistring og livskvalitet, både for ungdommen sjølv og familien.  FACT ung tilbyr tverrfagleg, individuelt tilpassa oppfølging og behandling basert på den unge og familiens behov. FACT ung har mogleik til å følgja familien over lang tid. Me har fokus på at ibuande ressursar i den unge og familien skal bidra til positiv livsendring. Saman lagar me ein plan med den unge og familien. Me møtes der den unge ynskjer å møta oss.  Andre hjelpetiltak i kommunens tenester eller spesialisthelsetenesta skal ha vert prøvd ut og evaluert før FACT ung. FACT ung skal koordinera og ha eit tett samarbeid med øvrige tenester og hjelpetiltak rundt ungdommen/familien.  Samtykkeskjema følger på siste side. Ferdig utfylt skjema sendes til BUP Stord merka med FACT ung. |

|  |  |
| --- | --- |
| Tilvisar | |
| **Namn:** | **Telefon:** |
| **Funksjon/ arbeidsstad:** | **E-post:** |
|  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Opplysningar om ungdommen | | | |
| **Namn:** | | **Fødselsdato:** | |
| **Adresse og poststad:** | | **Nasjonalitet: Morsmål:** | |
| **Telefon:** | | **Skule: Klassetrinn:** | |
| Jente | | Gutt | |
| Opplysningar om føresette/ familie | | |
| **Mor/føresett namn:** | **Telefon:** | |
| **Adresse/poststad:** | **E-post:** | |
| **Far/føresett namn:** | **Telefon:** | |
| **Adresse/poststad:** | **E-post:** | |
| **Kven har foreldreansvar?**  Begge Mor  Far Andre  Dersom andre:………………………………………………… | **Ungdommen bur hos?**  Saman med begge foreldre Mor Pendlar mellom mor og far Far Fosterheim Institusjon Aleine Andre  Dersom andre:…………………………………………………. | |
| **Søsken (namn og fødselsår):** | **Behov for tolk:**  Ja Nei  Dersom ja, kva språk:……………………………………….. | |

# 

|  |
| --- |
| Relevant informasjon |
| **Ressursar i og rundt ungdommen (Sterke sider, interesser, hobbyar, trivsel mm)** |
| **Aktuelt: Beskriving av situasjon, fungering, varigheit av vanska**r |
| **Somatisk helse, legemiddel, søvn og mat** |
| **Familie og bu situasjon, nettverk og sosiale relasjonar** |
| **Føresette sin arbeidssituasjon** |
| **Belastande livshendingar/ familiesituasjon/ sjukdom i nær familie** |
| **Tilstedeværelse skule/ arbeid** |
| **Rus** |
| **Sjølvskading/ suicidalitet** |
| Kven ynskjer hjelp (ungdom/føresette/andre)? Og kva ynskjer de at FACT ung kan hjelpa med? |
|  |

|  |
| --- |
| Kva er gjort/prøvd tidlegare- og korleis har dette fungert? Namn og tlf. Kryss av og beskriv varigheit av kontakt. |
| **Helsesjukepleiar:** |
| **Sosiallærar/ rådgivar:** |
| **Fysioterapeut/ ergoterapeut:** |
| **Kommunale tenester (ungdomsteam, LOS, utekontakt, førebyggjande rusteam og liknande:** |
| **Barneverntenesta:** |
| **PPT:** |
| **Psykisk helsevern barn og unge:** |
| **Andre:** |
| **Kven arbeider med saken i dag?** |

|  |
| --- |
| Samtykke til henvisning |
| **Dersom ungdommen har fylt 16 år, har vedkommande samtykka til tilvisinga?** Ja Nei |
| **Har føresette/de som har foreldreansvar samtykka til tilvisinga?** (begge føresette må samtykka til hjelp for barn under 16 år, jmf. Pasientrettighetsloven §4-4, 1.ledd) Mor/føresett Ja Nei Far/føresett Ja Nei |

# Dato/ Stad:

# Underskrift:

# **SAMTYKKE**

Eg/ me samtykker i at FACT-ung i samband med utgreiing/ oppfølging/ behandling kan innhente/ utveksle nødvendige opplysningar med følgande samarbeidspartar:  
(Sett kryss, skriv namn på kontaktperson og skriv ned eventuelle spesifikasjonar/forbehald)

Foreldre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Skule\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PPT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Spesialisthelsetenesta somatikk\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Spesialisthelsetenesta psykisk helse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Legevakt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fastlege\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kommunale tenester(utekontakt, LOS, ungdomsteam m.m.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Barnevern\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NAV\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Politi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Andre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Samtykket gjeld i tida han/ho er innskriven i FACT-ung, med oppstart dato:**  
  
Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_ Føresett:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_ Føresett:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_ Ungdom over 16 år\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(begge føresette må samtykkja til hjelp for barn under 16 år, jmf. Pasientrettighetsloven §4-4, 1.ledd)