**Remiss till:**
Logopedmottagningen
Västmanlands Sjukhus, ingång 27
721 89 VÄSTERÅS
021-17 44 00

# Remiss - Utredning av språkförmåga och/eller läs- och skrivförmåga gällande elever i grundskola och gymnasium

Läs: *Information om remiss till Logopedmottagningen gällande elever i grundskola/gymnasium.*

- För att remissen ska kunna bedömas måste **ALLA sidor 1 - 7** fyllas i och bifogas.
- Vid **uttalssvårigheter och/eller munmotoriska svårigheter**, fyll i vanlig standardremiss.
- Fyll i formuläret digitalt, skriv därefter ut och skicka till Logopedmottagningen, se adress ovan.
- Om ni har frågor angående remittering, ring Logopedmottagningens expedition 021-17 44 00.

**Frågeställning:** ☐ Språkstörning/DLD ☐ Dyslexi

☐ Språkstörning/DLD och dyslexi

Namn:
Personnummer:
Skola:
Årskurs:

*Vid delad vårdnad måste bådas adresser och telefonnummer anges.*

Vårdnadshavare 1
Namn:
Adress:
Telefon:

Vårdnadshavare 2
Namn:
Adress:
Telefon:

---

**Inremitterande (till vilken remissvaret skickas)**
Namn:
Befattning (skolsköterska, skolläkare, psykolog, logoped):
Postadress:
Telefon:
E-post:
Datum:

---

**Kontaktperson i skolan**
Namn:
Befattning:
Postadress:
Telefon:
E-post:

---

**Misstänks syn- eller hörselnedsättning?** ☐ JA, *ange vad:*
☐ NEJ
☐ Använder glasögon vid läsning

☐ Vårdnadshavare alternativt myndig elev godkänner att remiss skickas till logoped och att logoped får ta del av redan utförda utredningar, journalanteckningar samt ta kontakt med berörd personal för informationsinhämtning.

Frågor på denna sida besvaras **endast för** elever från **flerspråkiga hem**.

**Talas fler språk än svenska i hemmet? (*Om JA, besvara nedanstående frågor)* ☐ JA
☐ NEJ

Har någon av vårdnadshavarna annat modersmål än svenska?
☐ JA, ange vilket språk/dialekt: _____
☐ NEJ

Behövs tolk för samtal med vårdnadshavare? ☐ JA, ange vilket språk/dialekt: _____
☐ NEJ

Vilket språk/dialekt pratar barnet? Ange: _____

Vilket språk är barnet bäst på? Ange: _____

Beskriver vårdnadshavare att eleven har svårigheter på modersmålet? ☐ JA
☐ NEJ

**Om JA**, vilka svårigheter uppger vårdnadshavare finns på modersmålet: *(obligatoriskt fält)*

Är eleven född i Sverige? ☐ JA
☐ NEJ

**Om NEJ,** Ange hur länge eleven har bott i Sverige: _____

Ange hur länge eleven har gått i svensk skola: _____

Har eleven modersmålsundervisning/studiehandledning? ☐ JA
☐ NEJ

Ser modersmålslärare/studiehandledare svårigheter **på modersmålet** gällande språk-, läs- och skrivförmåga?
☐ JA
☐ NEJ

Om JA: Beskriv elevens språkliga färdigheter samt läs- och skrivförmåga på modersmålet:

*Ge tydliga exempel:*

# Beskrivning av elevens språkliga färdigheter samt läs- och skrivförmåga.

**Bifoga** även redan **genomförda språk-, läs- och skrivtester/screeningresultat**, lämpliga utifrån elevens ålder och kompetensnivå, exempelvis TROG, ITPA3, DLS, LegiLexi, LäSt.
**Vid misstanke om dyslexi:** Bifoga gärna resultat gällande elevens läsförståelse, läshastighet och rättstavningsförmåga. Skicka gärna med en orättad fri skrivning.

Inkludera om möjligt kopior på rättade och kompletta kartläggningsunderlag, för att möjliggöra en samlad bedömning, inte enbart staninevärden eller sammanfattningar.

**OBS:** Fylls i av lärare med **kännedom** om elevens läs-, skriv- och språkförmåga.

**Språklig förmåga** *(kryssa i de alternativ som stämmer)*

**Språkförståelse**

- ☐ Åldersadekvat förmåga
- ☐ Har svårt att förstå muntliga individuella instruktioner
- ☐ Har svårt att förstå längre eller mer komplex muntlig information
- ☐ Har svårt att förstå ord och begrepp som används i undervisningen
- ☐ Har svårt att uppfatta innebörden i muntliga förklaringar och resonemang

*Ev. kommentar:*

**Muntlig uttrycksförmåga**

- ☐ Åldersadekvat förmåga
- ☐ Har ett begränsat ordförråd
- ☐ Har svårigheter att lära in och använda nya ord och begrepp
- ☐ Har svårt att snabbt hitta ord vid samtal och berättande
- ☐ Använder grammatiskt ofullständiga meningar när hen pratar
- ☐ Är fåordig och använder korta meningar
- ☐ Har svårt att berätta sammanhängande eller återge berättelser
- ☐ Har svårt att förklara och uttrycka sina tankar muntligt.

*Ev. kommentar:*

**Kommunikativ/pragmatisk förmåga**

- ☐ Åldersadekvat förmåga
- ☐ Har svårt att delta i samtal och diskussioner
- ☐ Har svårt att anpassa sitt språk så att andra förstår

*Ev. kommentar:*

**Uttal**

☐ Åldersadekvat förmåga

☐ Har svårt med uttal ***(OBS:** vid behov av separat uttalsbedömning skicka även konsultationsremiss, se info-ruta sid. 1)*

**Ordavkodning** *(kryssa i de alternativ som stämmer)*

☐ Åldersadekvat förmåga

☐ Läser ord långsamt och/eller stakande

☐ Läser ofta fel på ord

*Ev. kommentar:*

**Läshastighet och läsflyt** *(kryssa i de alternativ som stämmer)*

☐ Åldersadekvat förmåga

☐ Läser långsammare än jämnåriga

☐ Har svårt att läsa en text med flyt

*Ev. kommentar:*

**Läsförståelse** *(kryssa i de alternativ som stämmer)*

☐ Åldersadekvat förmåga

☐ Har svårt att förstå korta texter och skriftliga instruktioner

☐ Förståelsen försämras när texten blir längre eller mer komplex

*Ev. kommentar:*

**Stavning** *(kryssa i de alternativ som stämmer)*

☐ Åldersadekvat förmåga

☐ Gör många stavfel, även i vanliga ord

☐ Har svårt med stavningsregler, exempelvis dubbelteckning

*Ev. kommentar:*

**Skriftlig uttrycksförmåga** *(kryssa i de alternativ som stämmer)*

☐ Åldersadekvat förmåga

☐ Skriver kortfattat

☐ Har svårt att strukturera texter och skapa en röd tråd

*Ev. kommentar:*

**Hur räknar eleven?** *(kryssa i de alternativ som stämmer)*

- ☐ Åldersadekvat förmåga
- ☐ Kan inte de fyra räknesätten
- ☐ Fingerräknar
- ☐ Har svårt med lästal

*Ev. kommentar:*

**Uppnår eleven de förväntade kunskapsnivåerna för årskursen?**

- ☐ Ja, i alla ämnen
- ☐ Nej

**Om NEJ**, ange vilka ämnen:

**Övriga uppgifter av betydelse** *(kryssa i de alternativ som stämmer)*

- ☐ Visar god motivation trots sina svårigheter
- ☐ Blir trött eller frustrerad i situationer med höga språkliga krav
- ☐ Undviker situationer där eleven förväntas uttrycka sig muntligt
- ☐ Undviker läs- och skrivuppgifter
- ☐ Blir påtagligt trött eller frustrerad vid läs- och skrivuppgifter
- ☐ Förstår texter bättre vid uppläsning än vid egen läsning
- ☐ Har haft återkommande eller längre perioder av skolfrånvaro

*Ev. kommentar*

**Generell inlärningsförmåga** *(kryssa i de alternativ som stämmer)*

- ☐ Åldersadekvat
- ☐ För åldern svag

*Ev. kommentar:*

**Koncentrationsförmåga** *(kryssa i de alternativ som stämmer)*

- ☐ Åldersadekvat
- ☐ För åldern svag

*Ev. kommentar*

**Arbetstempo** *(kryssa i de alternativ som stämmer)*

- ☐ Åldersadekvat
- ☐ För åldern svag

*Ev. kommentar*

**Social förmåga (i klassrum och på raster)** *(kryssa i de alternativ som stämmer)*

☐ Åldersadekvat

☐ För åldern svag

*Ev. kommentar*

**Misstänks intellektuell funktionsnedsättning eller neuropsykiatriska svårigheter?** ☐ JA ☐ NEJ

**Om JA, har remiss skickats parallellt till psykolog för vidare utredning?** ☐ JA ☐ NEJ

*Ev. kommentar:*

Är eleven utredd hos psykolog? ☐ JA ☐ NEJ

**Om JA,** beskriv:

**Stödinsatser – fyll i även om eleven fått insatser på annan skola än den som eleven går på nu**
*(kryssa i de alternativ som stämmer och beskriv i rutorna)*

När uppmärksammades svårigheterna? *(beskriv)*

Har eleven tagit del av specialpedagogiskt stöd? ☐ JA ☐ NEJ ☐ Vet ej

**Om JA**, ange effekt av åtgärderna (*beskriv):*

Har eleven fått extra lästräning? ☐ JA ☐ NEJ ☐ Vet ej

**Om JA**, beskriv:

**Om JA**, beskriv i vilken omfattning har lästräning getts?

Vilken läsmetod har använts? *(beskriv)*

**Övriga insatser**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tydliga och korta instruktioner | ☐ JA | ☐ NEJ | ☐ Vet ej |
| Visuellt stöd | ☐ JA | ☐ NEJ | ☐ Vet ej |
| Extra tid för att formulera muntliga svar | ☐ JA | ☐ NEJ | ☐ Vet ej |
| Extra tid vid prov och uppgifter | ☐ JA | ☐ NEJ | ☐ Vet ej |
| Har möjlighet till att sitta i mindre grupp | ☐ JA | ☐ NEJ | ☐ Vet ej |
| Behöver enskild undervisning | ☐ JA | ☐ NEJ | ☐ Vet ej |
| Inlästa läromedel, exempelvis Legimus | ☐ JA | ☐ NEJ | ☐ Vet ej |
| Stavningsstöd | ☐ JA | ☐ NEJ | ☐ Vet ej |
| Får möjlighet att redovisa muntligt | ☐ JA | ☐ NEJ | ☐ Vet ej |
| Anpassade läromedel | ☐ JA | ☐ NEJ | ☐ Vet ej |
| Uppläsning av instruktioner | ☐ JA | ☐ NEJ | ☐ Vet ej |

**Övrig information:**

**OBS! Fyll endast i nedanstående om eleven har autism och/eller IF och utredningen gäller misstänkt dyslexi** *(se infoblad).*
Beskriv varför läs- och skrivsvårigheterna inte bedöms kunna förklaras av autismen eller den generella utvecklingsnivån samt vilken ytterligare nytta en dyslexiutredning förväntas tillföra*:*

**Kontaktuppgifter till den som har fyllt i sid. 2–7** *(om annan person än remittent)*

**Namn:**

**Befattning:**

**Telefonnummer:**

**E-post:**