

## Remiss till barnläkarmottagning/vårdcentral .....

Tacksam för hälsoundersökning av nedanstående barn.

### Avsändare

BVC	Remissdatum	Kombikakod
Adress		
BVC-sjuksköterskans namn		Telefon
Barnets personnummer eller födelsedata / reservnummer / LMA-nummer		
Barnets namn (fullständigt namn) samt kön		Telefonnummer/mobilnummer
Land (ursprungsland)	Språk (BLM/VC beställer tolk)	Syskon (födelseår)
Gatuadress (även eventuell c/o adress)	Postnummer	Postadress
Om tuberkulintest är satt, ange →	Datum	Resultat (mm)

### Remissvar, resultat av provtagning:

**Hb alla barn <18 år** Resultat: .....  Ej provtagen

**PKU barn <9 år** Resultat: .....  Ej provtagen

**Hepatit B:**  HBsAg pos  HBsAg neg  anti HBs pos  anti HBs neg

Remitterad:  Nej  Ja → Om ja, vart? .....

**Hepatit C:\***  Neg  Pos  Ej provtagen

Remitterad:  Nej  Ja → Om ja, vart? .....

#### Hiv:

Remitterad:  Nej  Ja → Om ja, vart? .....  Ej provtagen

**Tuberkulintest:\*** Resultat i mm: .....

Remitterad:  Nej  Ja → Om ja, vart? .....  Ej provtagen

Finnd av **Giardia**:  Nej  Ja → Om ja, behandlad?  Nej  Ja

\* Gäller endast personer från riskländer. Se [www.smittskyddstockholm.se](http://www.smittskyddstockholm.se) → Ämnesområden → Asyl/Hälsosamtal

Övriga kommentarer

Svarsdatum: ..... Ansvarig läkare: .....

Vårdnadshavare medger att provsvar får lämnas till BVC  Ja  Nej