

REMISS TILL ÖGONMOTTAGNING (kan skrivas direkt i RoS eller skickas som bilaga till RoS)

Inremitterande BVC (inkl. adress och tel.): Personnummer:

..... Namn:

..... Adress:

..... Målsmans namn:

Datum: Målsmans tel. hem: tel. arb:

Underskrift: Tolk: Ja Nej Språk:

Remissorsak:

Ger barnet blickkontakt? Ja Nej

Föreligger ögondarr (nystagmus)? Ja Nej

Finns röd reflex i genomfallande ljus? Ja Nej

Är barnet prematurfött? Ja, vecka: Nej

Är barnet försenat i sin psykomotoriska utveckling? Ja Nej

Skelar barnet? Alltid Ibland Misstänkt Nej
 Inåt Utåt I höjdlid I höjdlid

Är skelningen: **ensidig** (alltid samma öga) eller Ensidig
alternerande (skelar ibland med vänster ibland med höger öga)? Alternerande

Hur länge har barnet skelat?

Synskärpa LEA vid 4 års ålder **Hö öga** **Vä öga**

Förekomst hos föräldrar/syskon:

• Skelning? Ja Nej

• Nedsatt synskärpa även med glasögon? Ja Nej

• Glasögonbärare sedan barndomen? Ja Nej

• Speciella ögonsjukdomar? Ja Nej

Övrigt, t.ex. allvarliga sjukdomar:

.....

Ögonklinikens noteringar

Spara kopia i journalen.