

Datum..... På nästa sida finns förklaringar

VÄNTRUMSFÖRMULÄR

Fyll i detta formulär innan besöket och ge det till din behandlare

Har det hänt något speciellt sedan du sist träffade din behandlare (t.ex. fått barn, bytt arbete, bytt bostad, skilsmässa, dödsfall)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du haft någon period med nedstämdhet eller uppvarvning sedan du sist träffade din behandlare (bortsett från hur du mår just nu)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Ringa in hur det varit senaste veckan med din/ditt...

		← Påverkar livsföring			Normalt för mig	Påverkar livsföring →			
... stämningsläge	lägre	3	2	1	0	1	2	3	högre
... lust till aktiviteter	minskad	3	2	1	0	1	2	3	ökad
... ilska & retlighet	mindre	3	2	1	0	1	2	3	stor
... aptit	minskad	3	2	1	0	1	2	3	ökad
... sömnbehov	mindre	3	2	1	0	1	2	3	mer
... rastlöshet	låg	3	2	1	0	1	2	3	ökad
... energinivå	låg	3	2	1	0	1	2	3	hög
... självkänsla	låg	3	2	1	0	1	2	3	hög
... koncentrationsförmåga	låg	3	2	1	0	1	2	3	hög
... idéer, tankar, pratsam	låg	3	2	1	0	1	2	3	hög
... initiativförmåga	minskad	3	2	1	0	1	2	3	ökad
... sexuell lust	minskad	3	2	1	0	1	2	3	ökad
... ångest och oro	låg	3	2	1	0	1	2	3	hög

Har du... haft återkommande dödstankar?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
haft tankar på att ta ditt liv?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
planerat eller försökt ta ditt liv den senaste tiden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Jag sover... <input type="checkbox"/> normalt	Jag äter... <input type="checkbox"/> frukost <input type="checkbox"/> lunch <input type="checkbox"/> middag
1-2 timmar <input type="checkbox"/> mindre <input type="checkbox"/> mer än normalt	Aktuell vikt: kg
2-3 timmar <input type="checkbox"/> mindre <input type="checkbox"/> mer än normalt	Fysisk aktivitet/vecka i timmar:
>3 timmar <input type="checkbox"/> mindre <input type="checkbox"/> mer än normalt	

Hur mycket alkohol har du druckit senaste veckan?	Glas starköl (x1,5):	Glas folköl (x1):	
Dosor snus per vecka:	Cigaretter per dag:	Glas vin (x1):	St. drinkar (x1):
Koppar kaffe per dag:	Har du använt några andra droger senaste månaden? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vilka?		

Psykoterapi/månad: Andra samtal/mån:

Vilka läkemedel har du tagit senaste veckan (**inklusive** kosttillskott, naturmedel och p-piller)?

Preparat	Mängd	Eventuella biverkningar	Några missade doser?	Behöver nytt recept
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>

Behöver du diskutera någon form av intyg? Nej Ja:

Är det något annat särskilt du vill ta upp idag?