

Behandlare \_\_\_\_\_

Patientens personnr \_\_\_\_\_ Namn \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Patienten har informerats om deltagande i Bipolär-registret</b>
<b>Går patienten fortfarande i skola?</b> (Besvaras endast för patienter som är 20 år och yngre) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
<b>Informationsdatum</b> Datum för vilket informationen gäller: _____
<b>Subklassifikation</b> <input type="radio"/> Typ 1 (har haft minst en manisk episod) <input type="radio"/> UNS (utan närmare specifikation) <input type="radio"/> Typ 2 (har haft hypomana men inte maniska episoder) <input type="radio"/> Schizoaffektivt syndrom, bipolär/ manisk typ
<b>Antal episoder</b> Antal genomgångna depressiva episoder totalt <input type="radio"/> inga (0) <input type="radio"/> enstaka (1-3) <input type="radio"/> flera (4 el flera) Antal genomgångna hypomana episoder totalt <input type="radio"/> inga (0) <input type="radio"/> enstaka (1-3) <input type="radio"/> flera (4 el flera) Antal genomgångna maniska episoder totalt <input type="radio"/> inga (0) <input type="radio"/> enstaka (1-3) <input type="radio"/> flera (4 el flera) Antal genomgångna blandade episoder totalt <input type="radio"/> inga (0) <input type="radio"/> enstaka (1-3) <input type="radio"/> flera (4 el flera) Antal episoder totalt <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1-3 <input type="radio"/> 4-11 <input type="radio"/> 12 eller flera Antal episoder de senaste 12 månaderna <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1-3 <input type="radio"/> 4-11 <input type="radio"/> 12 eller flera
<b>Om familjeanamnes på bipolär affektiv sjukdom finns, markera tillämpligt alternativ</b> Enl. anamnes förekomst av unipolär/bipolär sjd el dystymi där behandling genomförts eller varit indicerad eller genomfört suicid. <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Syskon <input type="checkbox"/> Fars släktingar (innefattar fars föräldrar, fars syskon, patientens kusiner på farssidan) <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Barn <input type="checkbox"/> Mors släktingar (innefattar mors föräldrar, mors syskon, patientens kusiner på morssidan)
<b>Ålder vid första tecken på psykiska besvär/psykisk sjukdom</b> <input type="radio"/> - 7 år <input type="radio"/> 8 - 11 år <input type="radio"/> 12 - 17 år <input type="radio"/> 18 - 24 år <input type="radio"/> 25 - år <input type="radio"/> Uppgift saknas

**Finns det annan tidigare psykiatrisk sjuklighet?**

Ja       Nej       Uppgift saknas

**Om ja, ange diagnosgrupp**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Organiska psykosyndrom                                      | Autismspektrumstörningar, uppmärksamhetsstörningar och utvecklingsavvikelser                        |
| <input type="checkbox"/> Missbruk och beroende av substanser samt relaterade syndrom | <input type="checkbox"/> - Autismspektrumstörningar   |
| <input type="checkbox"/> Schizofreni   | <input type="checkbox"/> - Uppmärksamhetsstörningar   |
| <input type="checkbox"/> Övriga psykotiska syndrom                                   | <input type="checkbox"/> - Utvecklingsavvikelser  |
| <input type="checkbox"/> Övriga förstämningssyndrom                                  | <input type="checkbox"/> Övriga tillstånd som debuterar hos barn eller ungdomar                     |
| <input type="checkbox"/> Ångestsyndrom   | <input type="checkbox"/> Personlighetsstörningar  |
| <input type="checkbox"/> Maladaptiva stressreaktioner, posttraumatiska tillstånd     | <input type="checkbox"/> Övriga specificerade psykiska störningar                                   |
| <input type="checkbox"/> Somatoforma och dissociativa syndrom                        | <input type="checkbox"/> Andra tillstånd som kan vara föremål för utredning och behandling/åtgärder |
| <input type="checkbox"/> Ätstörningar  | <input type="checkbox"/> Oklar diagnos, kan ej hänföras till någon annan grupp                      |
| <input type="checkbox"/> Mental retardation  |   |

**Finns det annan aktuell psykiatrisk sjuklighet?**

Ja       Nej       Uppgift saknas

**Om Ja, ange diagnosgrupp**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Organiska psykosyndrom                                      | Autismspektrumstörningar, uppmärksamhetsstörningar och utvecklingsavvikelser                        |
| <input type="checkbox"/> Missbruk och beroende av substanser samt relaterade syndrom | <input type="checkbox"/> - Autismspektrumstörningar   |
| <input type="checkbox"/> Schizofreni   | <input type="checkbox"/> - Uppmärksamhetsstörningar   |
| <input type="checkbox"/> Övriga psykotiska syndrom                                   | <input type="checkbox"/> - Utvecklingsavvikelser  |
| <input type="checkbox"/> Övriga förstämningssyndrom                                  | <input type="checkbox"/> Övriga tillstånd som debuterar hos barn eller ungdomar                     |
| <input type="checkbox"/> Ångestsyndrom   | <input type="checkbox"/> Personlighetsstörningar  |
| <input type="checkbox"/> Maladaptiva stressreaktioner, posttraumatiska tillstånd     | <input type="checkbox"/> Övriga specificerade psykiska störningar                                   |
| <input type="checkbox"/> Somatoforma och dissociativa syndrom                        | <input type="checkbox"/> Andra tillstånd som kan vara föremål för utredning och behandling/åtgärder |
| <input type="checkbox"/> Ätstörningar  | <input type="checkbox"/> Oklar diagnos, kan ej hänföras till någon annan grupp                      |
| <input type="checkbox"/> Mental retardation  |   |

**Har patienten någonsin genomfört självskadande handling/suicidförsök?**

Ja       Nej       Uppgift saknas

**Om ja, hur många?**

1-2 gånger       3 eller flera gånger

**Hur många av dessa har genomförts under de senaste 12 månaderna?**

Inga       1-2 gånger       3 gånger eller fler

**Har patienten erhållit vård för psykiatriska besvär tidigare än 6 månader innan registreringsdatum?**

Ja       Nej       Uppgift saknas

**Var har tidigare vård för psykiska besvär erhållits?**

- Inom psykiatrisk/barnpsykiatrisk öppenvård  
 Inom psykiatrisk/barnpsykiatrisk heldygnsvård  
 Inom primärvård eller motsvarande eller hos somatisk vårdgivare  
 Annat

**Hur gammal var patienten vid första vårdkontakt för psykiska problem?**

\_\_\_\_\_ (ålder i år)

Har patienten tidigare behandlats med antidepressiva läkemedel?

Ja  Nej

Behandlas patienten för närvarande med antidepressiva läkemedel?

Ja  Nej

Ange preparat för pågående behandling:

- |                                       |                                      |                                       |   |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Agomelatin   | <input type="checkbox"/> Fluvoxamin  | <input type="checkbox"/> Moclobemid   | <input type="checkbox"/> Tranylcypromin |
| <input type="checkbox"/> Amitryptilin | <input type="checkbox"/> Imipramin   | <input type="checkbox"/> Nefazodon    | <input type="checkbox"/> Trimipramin    |
| <input type="checkbox"/> Bupropion    | <input type="checkbox"/> Klomipramin | <input type="checkbox"/> Nortryptilin | <input type="checkbox"/> Venlafaxin     |
| <input type="checkbox"/> Citalopram   | <input type="checkbox"/> Lofepramin  | <input type="checkbox"/> Paroxetin    | <input type="checkbox"/> Övriga         |
| <input type="checkbox"/> Duloxetin    | <input type="checkbox"/> Maprotilin  | <input type="checkbox"/> Phenelzin    |   |
| <input type="checkbox"/> Escitalopram | <input type="checkbox"/> Mianserin   | <input type="checkbox"/> Reboxetin    |   |
| <input type="checkbox"/> Fluoxetin    | <input type="checkbox"/> Mirtazapin  | <input type="checkbox"/> Sertralin    |   |

Har patienten tidigare behandlats med stämningsstabiliserande läkemedel?

Ja  Nej

Behandlas patienten för närvarande med stämningsstabiliserande läkemedel?

Ja  Nej

Ange preparat för pågående behandling (om neuroleptika används som stämningsstabiliserande anges detta under rubriken Neuroleptika):

- |                                       |                                     |                                       |                                   |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Karbamazepin | <input type="checkbox"/> Lamotrigin | <input type="checkbox"/> Oxkarpazepin | <input type="checkbox"/> Valproat |
| <input type="checkbox"/> Klonazepam   | <input type="checkbox"/> Litium     | <input type="checkbox"/> Topiramet    | <input type="checkbox"/> Övriga   |

Vilket år insattes "stämningsstabiliserande" läkemedel första gången? \_\_\_\_\_

Har patienten tidigare behandlats med neuroleptika?

Ja  Nej

Behandlas patienten för närvarande med neuroleptika?

Ja  Nej

Ange preparat för pågående behandling:

- |                                      |   |                                      |  |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alimemazin  | <input type="checkbox"/> Klorpromazin   | <input type="checkbox"/> Paliperidon | <input type="checkbox"/> Sulpirid      |
| <input type="checkbox"/> Aripiprazol | <input type="checkbox"/> Kloprotixen    | <input type="checkbox"/> Perfenazin  | <input type="checkbox"/> Tioridazin    |
| <input type="checkbox"/> Dixyrazin   | <input type="checkbox"/> Klozapin       | <input type="checkbox"/> Pimozid     | <input type="checkbox"/> Ziprasidon    |
| <input type="checkbox"/> Flufenazin  | <input type="checkbox"/> Levomepromazin | <input type="checkbox"/> Quetiapin   | <input type="checkbox"/> Zuklopentixol |
| <input type="checkbox"/> Flupentixol | <input type="checkbox"/> Melperon       | <input type="checkbox"/> Risperidon  | <input type="checkbox"/> Övriga        |
| <input type="checkbox"/> Haloperidol | <input type="checkbox"/> Olanzapin      | <input type="checkbox"/> Sertindol   |  |

Har patienten tidigare behandlats med bensodiazepiner/bensodiazepinliknande preparat?

Ja  Nej

Behandlas patienten för närvarande med bensodiazepiner/bensodiazepinliknande preparat?

Ja  Nej

Ange preparat för pågående behandling:

- |  |                                      |                                      |                                   |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alprazolam    | <input type="checkbox"/> Lorazepam   | <input type="checkbox"/> Prometazin  | <input type="checkbox"/> Zaleplon |
| <input type="checkbox"/> Buspiron      | <input type="checkbox"/> Klometiazol | <input type="checkbox"/> Propiomazin | <input type="checkbox"/> Zolpidem |
| <input type="checkbox"/> Diazepam      | <input type="checkbox"/> Nitrazepam  | <input type="checkbox"/> Popranolol  | <input type="checkbox"/> Zopiklon |
| <input type="checkbox"/> Flunitrazepam | <input type="checkbox"/> Oxazepam    | <input type="checkbox"/> Triazolam   | <input type="checkbox"/> Övriga   |
| <input type="checkbox"/> Hydroxizin    | <input type="checkbox"/> Pregabalin  | <input type="checkbox"/> Valeriana   |                                   |

Har patienten någon gång erhållit ECT?

Ja  Nej  Uppgift saknas

Har patienten någon gång erhållit någon form av samtalsbehandling/psykoterapi omfattande minst 10 sessioner?

Ja  Nej

Har patienten varit i kontakt med patientutbildning för affektiv sjukdom?

Ja  Nej

Har patientens anhöriga/närstående varit i kontakt med anhörigutbildning för affektiv sjukdom?

Ja  Nej

Har patientens anhöriga deltagit vid samtal på den registrerade enheten?

Ja, enstaka (1-2 gånger)  Ja, återkommande (3 eller flera gånger)  Nej

**Finns det en eller flera somatiska faktorer som uppenbart har betydelse för behandlingen?**

- Ja       Nej       Uppgift saknas

**Om ja, vilka?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Infektioner  | <input type="checkbox"/> Matsmältningsorganens sjukdomar                                   |
| <input type="checkbox"/> Tumörer  | <input type="checkbox"/> Hudens och underhudens sjukdomar                                  |
| <input type="checkbox"/> Sjukdomar i blod och blodbildande organ                                    | <input type="checkbox"/> Sjukdomar i muskuloskeletala systemet                             |
| <input type="checkbox"/> Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbnings-<br>och ämnesomsättningssjukdomar | <input type="checkbox"/> Sjukdomar i urin- och könsorgan                                   |
| <input type="checkbox"/> Sjukdomar i nervsystemet   | <input type="checkbox"/> Graviditet mm   |
| <input type="checkbox"/> Sjukdomar i ögat mm  | <input type="checkbox"/> Medfödda missbildningar och<br>kromosomavvikelser                 |
| <input type="checkbox"/> Sjukdomar i örat mm  | <input type="checkbox"/> Skador, förgiftningar och vissa andra följder av<br>yttre orsaker |
| <input type="checkbox"/> Cirkulationsorganens sjukdomar   | <input type="checkbox"/> Annat tillstånd som ej kan hänföras till något av<br>ovanstående  |
| <input type="checkbox"/> Andningsorganens sjukdomar   |  |

**Föreligger psykosociala problem som bedöms ha betydelse för behandlingen?**

- Ja       Nej       Uppgift saknas

**Om ja, vilka?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problem i primärgruppen                    | <input type="checkbox"/> Ekonomiska problem  |
| <input type="checkbox"/> Problem relaterade till den sociala miljön | <input type="checkbox"/> Problem i samband med sjukvård  |
| <input type="checkbox"/> Problem i skolan                           | <input type="checkbox"/> Problem i samband med kriminalitet  |
| <input type="checkbox"/> Problem i arbetet                          | <input type="checkbox"/> Andra psykosociala problem och övriga<br>problem relaterade till livsomständigheter |
| <input type="checkbox"/> Problem i boendet                          |  |

**Funktionsskattning**

Ange aktuellt värde på symptom-GAF: \_\_\_\_\_ Ange aktuellt värde på funktions-GAF: \_\_\_\_\_

Ange aktuell längd: \_\_\_\_\_ cm

Ange aktuell vikt: \_\_\_\_\_ kg

**Ange patientens huvudsakliga boende under det senaste året**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Ordinärt boende                            | <input type="radio"/> Saknar bostad  |
| <input type="radio"/> Ordinärt boende med beviljade stödinsatser | <input type="radio"/> Uppgift saknas |
| <input type="radio"/> Stödboende                                 |                                      |

**Om stödboende, vilken typ?**

- Permanent boende (enligt SoL eller LSS) med personal hela dygnet
- Permanent boende (enligt Sol) med personal del av dygnet
- Korttidsboende (på behandlingshem, HVB, SIS-institution, utslussningsboende el dyl)

**Ange hushållets sammansättning**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Ensamboende                | <input type="radio"/> Bor med andra vuxna |
| <input type="radio"/> Bor med make/maka/sambo    | <input type="radio"/> Ej tillämplig       |
| <input type="radio"/> Bor med förälder/föräldrar | <input type="radio"/> Uppgift saknas      |

**Finns det barn under 18 år i hushållet?**

- Ja       Nej       Uppgift saknas

**Har patienten egna barn, oberoende av vårdnadsstatus?**

- Ja       Nej       Uppgift saknas

**Nuvarande sysselsättning**

**Skolgång** (besvaras endast för patienter som är 20 år och yngre och som fortfarande går i skolan)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Huvudsakligen i ordinarie skolform utan extra<br>stöd         | <input type="radio"/> Särskola/särgymnasium |
| <input type="radio"/> I ordinarie skolform men med extra stöd                       | <input type="radio"/> Träningskola          |
| <input type="radio"/> Anpassad studiegång eller motsvarande                         | <input type="radio"/> Ingen sysselsättning  |
| <input type="radio"/> Särskild skolform, t ex resursskola/skoldaghem<br>eller motsv | <input type="radio"/> Uppgift saknas        |

**Om i ordinarie skolgång med extra stöd, ange vilken typ av stödform?**

- Huvudsakligen i ordinarie skolform men med extra stöd, t.ex. speciallärartimmar
- Huvudsakligen i liten grupp, specialundervisning eller assistent

**Arbetsliv/studier**

(besvaras för patienter upp till 20 år som inte går i skolan och samtliga patienter över 20 år)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arbete/studier öppna marknaden | <input type="checkbox"/> Uppgift saknas       |
| <input type="radio"/> > 50% av heltid                   | <input type="checkbox"/> Ingen sysselsättning |
| <input type="radio"/> < eller lika med 50 % av heltid   |   |
| <input type="checkbox"/> Arbetslös/arbetsmarknadsåtgärd |   |
| <input type="checkbox"/> Skyddad verksamhet             |   |
| <input type="radio"/> > 50% av heltid                   |   |
| <input type="radio"/> < eller lika med 50 % av heltid   |   |

**Om Skyddad verksamhet, ange vilken typ?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Arbetsrehabilitering på öppna marknaden   | <input type="radio"/> Anpassad studieform (mål vidare studier/arbete)                            |
| <input type="radio"/> Arbetsrehabilitering i skyddad verksamhet | <input type="radio"/> Sysselsättning motsvarande SOL:s definition (dagcenter, brukarklubbar etc) |

**Sjukdagar**

Ange antal sjukdagar det senaste året: \_\_\_\_\_

**Om fler än 8, ange beviljande**

- Permanent beviljad (motsvarande sjukbidrag/-pension)  
 Ej permanent beviljad (motsvarande normal sjukpenning)

**Patientens utbildningsnivå**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Ej fullgjord förgymnasial utbildning | <input type="radio"/> Fullgjord eftergymnasial utbildning (minst 2 år) |
| <input type="radio"/> Fullgjord förgymnasial utbildning    | <input type="radio"/> Uppgift saknas                                   |
| <input type="radio"/> Fullgjord gymnasial utbildning       |  |

**Patienten har det senaste året erhållit minst hälften av sin försörjning från:**

(besvaras ej för patienter som är 20 år och yngre och fortfarande går i skolan)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Egen försörjning (lönearbete, studiemedel, A-kassa, ålderspension/garantipension) | <input type="radio"/> Anhörig/eget kapital |
| <input type="radio"/> Sjukskrivning/sjukersättning  | <input type="radio"/> Övrigt               |
| <input type="radio"/> Socialbidrag  | <input type="radio"/> Uppgift saknas       |

**Har patienten utfört en våldsam handling eller ett allvarligt hot mot en annan människa (ex hotat, slagit, skurit, skjutit)?**

- Ja       Nej       Uppgift saknas

**Om ja, hur många?**

- 1-2 gånger       3 eller flera gånger

**Om ja, har patienten vid något av dessa tillfällen använt något vapen/tillhygge ex. kniv, pistol, basebollträ, cykelkedja eller annan sak avsedd som vapen?**

- Ja       Nej       Uppgift saknas

**Har patienten under de senaste 12 månaderna blivit dömd till kriminalvård, sluten ungdomsvård eller annan rättslig påföljd?**

- Ja       Nej       Uppgift saknas

**Om ja:**

- Dömd för våldsbrott       Dömd för annat brott