

Behandlare \_\_\_\_\_

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 typ/manisk typ	
<b>Har patienten utretts med strukturerat instrument för diagnos?</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas	
<b>Antal episoder</b> Antal genomgångna depressiva episoder <input type="radio"/> inga (0) <input type="radio"/> enstaka (1-3) <input type="radio"/> flera (4 el flera) Antal genomgångna hypomana episoder <input type="radio"/> inga (0) <input type="radio"/> enstaka (1-3) <input type="radio"/> flera (4 el flera) Antal genomgångna maniska episoder <input type="radio"/> inga (0) <input type="radio"/> enstaka (1-3) <input type="radio"/> flera (4 el flera) Antal genomgångna blandade episoder <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 - Antal episoder de senaste 12 månaderna <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1-3 <input type="radio"/> 4-11 <input type="radio"/> 12 -	
<b>Finns det annan aktuell psykiatrisk sjuklighet?</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas	
<b>Om ja, ange diagnosgrupp</b>	
<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 förutom ev. biverkningar en eller flera somatiska faktorer som uppenbart är betydande 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   |  |

**Har hyperglykemi förelegat under de senaste 12 månaderna?**

- Ja       Nej

**Om ja, vilken åtgärd har det föranlett?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Utökad provtagning | <input type="checkbox"/> Remiss till somatisk mottagning |
| <input type="checkbox"/> Utredning          | <input type="checkbox"/> Ingen åtgärd                    |

**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       |  |

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

**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)

Egen försörjning (lönearbete, studiemedel, A-kassa, ålderspension/garantipension)
 Anhörig / eget kapital
 Övrigt
 Uppgift saknas
 Sjukskrivning/sjukersättning
 Socialbidrag

---

**Har patienten under senaste 12 månaderna vårdats i psykiatrisk heldygnsvård (sluten psykiatrisk vård i landstingets regi)?**

Ja
 Nej

**Om ja, hur lång tid? \_\_\_\_\_ (dagar)**

---

**Har patienten under senaste 12 månaderna vårdats enligt LPT eller LRV?**

Ja
 Nej

**Om ja, ange vilken?**

LPT
 LRV

---

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

**Om fler än 8, ange beviljande**

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

---

**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 problem relaterade till livsomständigheter
<input type="checkbox"/> Problem i boendet	

---

**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

**Om litium, har njurpåverkan förelegat under de senaste 12 månaderna?**

Ja  Nej

Om ja

Filtrationsnedsättning

Koncentrationsnedsättning

**Har filtrationsnedsättning föranlett någon av följande åtgärder?**

**Har koncentrationsnedsättning föranlett någon av följande åtgärder?**

Utökad provtagning

Utredning

Utredning

Remiss till njurmedicinsk konsultation

Remiss till njurmedicinsk konsultation

Dosändring

Dosändring

Utsättande

Utsättande

Ingen åtgärd

Ingen åtgärd

**Om litium, har hyperkalcemi förelegat under de senaste 12 månaderna?**

Ja  Nej

**Om ja, vilken åtgärd har det föranlett?**

Utökad provtagning

Remiss för kirurgisk åtgärd

Ingen åtgärd

Utredning

Utsättande

Dosändring

**Om litium, har thyroideapåverkan förelegat under de senaste 12 månaderna?**

Ja  Nej

**Om ja, vilken åtgärd har det föranlett?**

Utökad provtagning

Remiss för endokrinologisk konsultation

Ingen åtgärd

Utredning

Utsättande

Dosändring

**Har patienten tidigare behandlats med neuroleptika?**

Ja  Nej

**Behandlas patienten för närvarande med neuroleptika?**

Ja  Nej

**Ange preparat för pågående behandling:**

Alimemazin

Klorpromazin

Paliperidon

Sulpirid

Aripiprazol

Kloprotixen

Perfenazin

Tioridazin

Dixyrazin

Klozapin

Pimozid

Ziprasidon

Flufenazin

Levomepromazin

Quetiapin

Zuklopentixol

Flupentixol

Melperon

Risperidon

Övriga

Haloperidol

Olanzapin

Sertindol

**Har patienten under de senaste 12 månaderna erhållit ECT?**

Ja  Nej  Uppgift saknas

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

Ja, de senaste 12 månaderna  Ja, tidigare  Nej

**Har patienten deltagit i patientutbildning för affektiv sjukdom?**

Ja, de senaste 12 månaderna  Ja, tidigare  Nej

**Har patientens anhöriga/närstående deltagit i utbildning för affektiv sjukdom?**

Ja, de senaste 12 månaderna  Ja, tidigare  Nej

**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

**Om Du väger in Din kliniska erfarenhet av denna diagnosgrupp, hur svåra symptom har patienten?**

Inga  Milda  Påtagliga  Mycket svåra

Mycket milda  Måttliga  Svåra  Uppgift saknas

**Funktionsskattning**

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

Ange aktuell längd: \_\_\_\_\_ cm

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