

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 16 år och äldre) <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

**Psykiatrisk samsjuklighet****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                                  | Övriga tillstånd som debuterar hos barn eller ungdomar  |
| <input type="checkbox"/> Ångestsyndrom   | <input type="checkbox"/> - Beteendestörningar av utagerande slag                                    |
| <input type="checkbox"/> Maladaptiva stressreaktioner, posttraumatiska tillstånd     | <input type="checkbox"/> - Emotionella störningar/beteendestörningar                                |
| <input type="checkbox"/> Somatoforma och dissociativa syndrom                        | <input type="checkbox"/> Personlighetsstörningar  |
| <input type="checkbox"/> Ätstörningar  | <input type="checkbox"/> Övriga specificerade psykiska störningar                                   |
| Mental retardation   | <input type="checkbox"/> Andra tillstånd som kan vara föremål för utredning och behandling/åtgärder |
| <input type="checkbox"/> - Lätt  | <input type="checkbox"/> Oklar diagnos, kan ej hänföras till någon annan grupp                      |
| <input type="checkbox"/> - Måttlig   |   |
| <input type="checkbox"/> - Svår  |   |
| <input type="checkbox"/> - UNS   |   |

**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                                  | Övriga tillstånd som debuterar hos barn eller ungdomar  |
| <input type="checkbox"/> Ångestsyndrom   | <input type="checkbox"/> - Beteendestörningar av utagerande slag                                    |
| <input type="checkbox"/> Maladaptiva stressreaktioner, posttraumatiska tillstånd     | <input type="checkbox"/> - Emotionella störningar/beteendestörningar                                |
| <input type="checkbox"/> Somatoforma och dissociativa syndrom                        | <input type="checkbox"/> Personlighetsstörningar  |
| <input type="checkbox"/> Ätstörningar  | <input type="checkbox"/> Övriga specificerade psykiska störningar                                   |
| Mental retardation   | <input type="checkbox"/> Andra tillstånd som kan vara föremål för utredning och behandling/åtgärder |
| <input type="checkbox"/> - Lätt  | <input type="checkbox"/> Oklar diagnos, kan ej hänföras till någon annan grupp                      |
| <input type="checkbox"/> - Måttlig   |   |
| <input type="checkbox"/> - Svår  |   |
| <input type="checkbox"/> - UNS   |   |

**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 av omfattande minst 10 sessioners varaktighet?

- 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"/> Två föräldrar (biologiska, adoptiv- eller<br>styvföräldrar) | <input type="radio"/> Familjehem                                    |
| <input type="radio"/> Ensam förälder (biologisk, adoptiv- eller<br>styvförälder)  | <input type="radio"/> Bor ensam                                     |
| <input type="radio"/> Delat boende  | <input type="radio"/> Bor med make/maka/sambo                       |
|   | <input type="radio"/> Annat (exempelvis bor med kamrat, syskon etc) |
|   | <input type="radio"/> Uppgift saknas                                |

**Finns det barn under 18 år i hushållet? OBS! Utöver patienten**

- Ja       Nej       Uppgift saknas

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

(besvaras för patienter som är 15 år och äldre)

- Ja       Nej       Uppgift saknas

**Nuvarande sysselsättning****Skolgång**

(besvaras för samtliga patienter under 16 år samt för patienter som är 16 år och äldre och som fortfarande går i skolan)

- Huvudsakligen i ordinarie skolform utan extra stöd       Särskola/särgymnasium  
 I ordinarie skolform men med extra stöd       Träningskola  
 Anpassad studiegång eller motsvarande       Ingen sysselsättning  
 Särskild skolform, t ex resursskola/skoldaghem eller motsv       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 endast för patienter som är 16 år och äldre och som inte går i skolan)

- Arbete/studier öppna marknaden       Uppgift saknas  
 > 50% av heltid       Ingen sysselsättning  
 < eller lika med 50 % av heltid
- Arbetslös/arbetsmarknadsåtgärd  
 Skyddad verksamhet  
 > 50% av heltid  
 < eller lika med 50 % av heltid

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

- Arbetsrehabilitering på öppna marknaden       Anpassad studieform (mål vidare studier)  
 Arbetsrehabilitering i skyddad verksamhet       Sysselsättning motsvarande SOL:s definition (dagcenter, brukarklubbar etc)

**Sjukdagar**

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

**Patientens utbildningsnivå**

(besvaras endast för patienter som är 16 år och äldre)

- Ej fullgjord förgymnasial utbildning       Fullgjord eftergymnasial utbildning (minst 2 år)  
 Fullgjord förgymnasial utbildning       Uppgift saknas  
 Fullgjord gymnasial utbildning

**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

**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 någon gång varit omhändertagen enligt LVU pga eget beteende?**

(besvaras för patienter som är 14 år och yngre)

- Ja       Nej       Uppgift saknas

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

(besvaras för patienter som är 15 år och äldre)

- Ja       Nej       Uppgift saknas

**Om ja:**

- Dömd för våldsbrott       Dömd för annat brott