

Behandlare _____

Patientens personnr _____ Namn _____

<input type="checkbox"/> Patienten har informerats om deltagande i Bipolär-registret	
Går patienten fortfarande i skola? (Besvaras endast för patienter som är 16 år och äldre) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej	
Informationsdatum Datum för vilket informationen gäller: _____	
Subklassifikation <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	
Har patienten utretts med strukturerat instrument för diagnos? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas	
Antal episoder 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 - Antal episoder de senaste 12 månaderna <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1-3 <input type="radio"/> 4-11 <input type="radio"/> 12 -	
Finns det annan aktuell psykiatrisk sjuklighet? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> 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 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 muskuloskeletal systemet |
| <input type="checkbox"/> Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbingar 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 kromosomavvikelser |
| <input type="checkbox"/> Sjukdomar i örat mm | <input type="checkbox"/> Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker |
| <input type="checkbox"/> Cirkulationsorganens sjukdomar | <input type="checkbox"/> Annat tillstånd som ej kan hänföras till något av 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

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

- | | |
|--|--|
| <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 för samtliga patienter under 16 år samt för patienter som är 16 år och äldre och som fortfarande går i skolan)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Huvudsakligen i ordinarie skolform utan extra 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 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 endast för patienter som är 16 år och äldre och som inte går i skolan)

- | | |
|---|---|
| <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) |

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: _____

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

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"/> Topiramat	<input type="checkbox"/> Övriga

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

Om ja

<input type="checkbox"/> Filtrationsnedsättning	<input type="checkbox"/> Koncentrationsnedsättning
---	--

Har filtrationsnedsättning föranlett någon av följande åtgärder?

<input type="checkbox"/> Utökad provtagning	<input type="checkbox"/> Utredning
<input type="checkbox"/> Utredning	<input type="checkbox"/> Remiss till njurmedicinsk konsultation
<input type="checkbox"/> Remiss till njurmedicinsk konsultation	<input type="checkbox"/> Dosändring
<input type="checkbox"/> Dosändring	<input type="checkbox"/> Utsättande
<input type="checkbox"/> Utsättande	<input type="checkbox"/> Ingen åtgärd
<input type="checkbox"/> Ingen åtgärd	

Har koncentrationsnedsättning föranlett någon av följande åtgärder?

<input type="checkbox"/> Utredning	<input type="checkbox"/> Remiss till njurmedicinsk konsultation
<input type="checkbox"/> Remiss till njurmedicinsk konsultation	<input type="checkbox"/> Dosändring
<input type="checkbox"/> Dosändring	<input type="checkbox"/> Utsättande
<input type="checkbox"/> Utsättande	<input type="checkbox"/> Ingen åtgärd
<input type="checkbox"/> Ingen åtgärd	

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

Om ja, vilken åtgärd har det föranlett?

<input type="checkbox"/> Utökad provtagning	<input type="checkbox"/> Remiss för kirurgisk åtgärd	<input type="checkbox"/> Ingen åtgärd
<input type="checkbox"/> Utredning	<input type="checkbox"/> Utsättande	<input type="checkbox"/> 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:

- | | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <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 under de senaste 12 månaderna fått 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