

Behandlare _____

Patientens personnr _____ Namn _____

Är behandlingen vid kliniken/enheten helt avslutad? (såväl aktiv som planerad behandling)

Ja Nej

Går patienten fortfarande i skola?

(Besvaras endast för patienter som är 20 år och yngre)

Ja Nej

Informationsdatum Datum för vilket informationen gäller: _____

Föreligger bipolär sjukdom fortfarande?

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange subklassifikation

Typ 1 (har haft minst en manisk episod) UNS (utan närmare specifikation)
 Typ 2 (har haft hypomana men inte maniska) Schizoaffektiva syndrom, bipolär/manisk typ
episoder)

Antal episoder de senaste 12 månaderna Frågorna är inte obligatoriska om behandlingen är avslutad.

Antal genomgångna depressiva episoder _____

Antal genomgångna hypomana episoder _____

Antal genomgångna maniska episoder _____

Antal genomgångna blandade episoder _____

Har patienten 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	

Finns det förutom ev. biverkningar en eller flera somatiska faktorer som uppenbart är betydande för behandlingen? Observera att biverkningar registreras separat.

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, vilka?

<input type="checkbox"/> Infektioner	<input type="checkbox"/> Matmältningsorganens 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, nutritionsrubbningar 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	

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?	
<input type="radio"/> Permanent boende (enligt SoL eller LSS) med personal hela dygnet	
<input type="radio"/> Permanent boende (enligt Sol) med personal del av dygnet	
<input type="radio"/> 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?	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas	
Har patienten egna barn, oberoende av vårdnadsstatus?	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas	
<u>Nuvarande sysselsättning</u>	
Skolgång	
(besvaras endast för patienter som är upp till 20 år 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"/> Träningsskola
<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?	
<input type="radio"/> Huvudsakligen i ordinarie skolform men med extra stöd, t.ex. speciallärartimmar	
<input type="radio"/> Huvudsakligen i liten grupp, specialundervisning eller assistent	
Arbetsliv/studier	
(besvaras för patienter upp till 20 år som inte går i skolan och samtliga patienter som är 20 år och äldre)	
<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)
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)

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

Sjukdagar

Ange antal sjukdagar det senaste året: _____

Om behandlingen är avslutad är uppgiften frivillig.

Om fler än 8, ange beviljande

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

Har det under de senaste 12 månaderna förelegat psykosociala problem av 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 | |

Behandlas patienten sedan minst 3 månader med ett eller flera antidepressiva läkemedel?

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange preparat	Dygnsdos (i mg)	Har behandlingen pågått minst 12 månader	
<input type="checkbox"/> Agomelatin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Amitryptilin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Bupropion	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Citalopram	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Duloxetin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Escitalopram	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Fluoxetin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Fluvoxamin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Imipramin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Klomipramin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Lofepramin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Maprotilin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Mianserin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Mirtazapin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Moclobemid	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Nefazodon	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Nortryptilin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Paroxetin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Phenezin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Reboxetin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Sertralin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Tranylcypromin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Trimipramin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Venlafaxin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
<input type="checkbox"/> Övriga	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej

Behandlas patienten sedan minst 3 månader med stämningsstabiliserande läkemedel?

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange preparat	Dygnsdos (i mg)	Har behandlingen pågått minst 12 månader		Vilken är senaste uppmätta läkemedelskoncentration? (mmol/liter)
<input type="checkbox"/> Karbamazepin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej	_____
<input type="checkbox"/> Klonazepam	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej	_____
<input type="checkbox"/> Lamotrigin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej	_____
<input type="checkbox"/> Litium	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej	_____
<input type="checkbox"/> Oxkarbazepin	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej	_____
<input type="checkbox"/> Topiramamat	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej	_____
<input type="checkbox"/> Valproat	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej	_____
<input type="checkbox"/> Övriga	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej	_____ Vilket? _____

Litiumbiverkningar

(besvaras endast om litium markerats ovan)

Vilken serumkoncentration av litium har behandlingen syftat till under huvuddelen av de senaste 12 månaderna? Anges i mmol/liter

<0,4 0,4 0,5 0,6 0,7 0,8 0,9 1,0 >1,0

Har det under de senaste 12 månaderna förekommit avvikelser från avsedd litiumkoncentration med \geq 0,1 mmol/liter?

Ja Nej

Bedömer Du att patientens litiumkoncentration huvudsakligen ligger stabilt kring avsett värde?

Ja Nej Ej tillämpligt

Ange senaste värden på angivna laboratorieprover:

S-Kreatinin _____ μ mol/liter

S-Kalcium _____ mmol/liter

S-TSH _____ mU/liter

Har njurpåverkan förelegat under de senaste 12 månaderna?

Ja Nej

Om ja

Filtrationsnedsättning

Har detta föranlett åtgärd?

Utökad provtagning

Utredning

Remiss till njurmedicinsk konsultation

Dosändring

Utsättande

Ingen åtgärd

Koncentrationsnedsättning

Har detta föranlett åtgärd?

Utredning

Remiss till njurmedicinsk konsultation

Dosändring

Utsättande

Ingen åtgärd

Har thyroideapåverkan förelegat under de senaste 12 månaderna?

Ja Nej

Om ja, vilken åtgärd har det föranlett?

Utökad provtagning

Utredning

Remiss till endokrinologisk konsultation

Substitution

Utsättande

Ingen åtgärd

Har hyperkalcemi förelegat under de senaste 12 månaderna?

Ja Nej

Om ja, vilken åtgärd har det föranlett?

Utökad provtagning

Utredning

Dosändring

Remiss för kirurgisk åtgärd

Utsättande

Ingen åtgärd

Behandlas patienten sedan minst 3 mån med neuroleptika?

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange preparat

Dygnsdos
(i mg)

Har behandlingen pågått
minst 12 månader

Alimemazin

Ja Nej

Aripiprazol

Ja Nej

Dixyrazin

Ja Nej

Flufenazin

Ja Nej

Flupentixol

Ja Nej

Haloperidol

Ja Nej

Klorpromazin

Ja Nej

Kloprotixen

Ja Nej

Klozapin

Ja Nej

Levomepromazin

Ja Nej

Melperon

Ja Nej

Olanzapin

Ja Nej

Paliperidon

Ja Nej

Perfenazin

Ja Nej

Pimozid

Ja Nej

Quetiapin

Ja Nej

Risperidon

Ja Nej

Sertindol

Ja Nej

Sulpirid

Ja Nej

Tioridazin

Ja Nej

Ziprasidon

Ja Nej

Zuklopentixol

Ja Nej

Övriga

Ja Nej

Vilket? _____

Behandlas patienten sedan minst 3 mån med bensodiazepiner eller bensodiazepinliknande preparat?

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange preparat

Dygnsdos
(i mg)

Har behandlingen pågått
minst 12 månader

Alprazolam _____ Ja Nej

Buspiron _____ Ja Nej

Diazepam _____ Ja Nej

Flunitrazepam _____ Ja Nej

Hydroxizin _____ Ja Nej

Lorazepam _____ Ja Nej

Klometiazol _____ Ja Nej

Nitrazepam _____ Ja Nej

Oxazepam _____ Ja Nej

Pregabalin _____ Ja Nej

Prometazin _____ Ja Nej

Propiomazin _____ Ja Nej

Propranolol _____ Ja Nej

Triazolam _____ Ja Nej

Valeriana _____ Ja Nej

Zaleplon _____ Ja Nej

Zolpidem _____ Ja Nej

Zopiklon _____ Ja Nej

Övriga _____ Ja Nej

Vilket? _____

Har patienten under de senaste 12 månaderna fått ECT?

Ja Nej Uppgift saknas

Har det under senaste 12 månaderna uppträtt läkemedelsbiverkan vilken har medfört någon åtgärd (avser läkemedel ordinerat för patientens huvuddiagnos)?

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, markera det eller de av följande symptom som uppträtt och där samband med aktuell behandling misstänkts eller bekräftats.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trötthet | <input type="checkbox"/> Extrapyramidala besvär/Parkinsonism |
| <input type="checkbox"/> Huvudvärk | <input type="checkbox"/> Övriga neurologiska besvär |
| <input type="checkbox"/> Yrsel | <input type="checkbox"/> EKG-påverkan |
| <input type="checkbox"/> Svimning | <input type="checkbox"/> Cirkulationspåverkan |
| <input type="checkbox"/> Ökad svettning | <input type="checkbox"/> Luftvägs-, lungpåverkan |
| <input type="checkbox"/> Viktuppgång | <input type="checkbox"/> Blodbildspåverkan |
| <input type="checkbox"/> Viktnedgång | <input type="checkbox"/> Elektrolytpåverkan |
| <input type="checkbox"/> Ökad törst | <input type="checkbox"/> Leverpåverkan |
| <input type="checkbox"/> Ökad miktion (mängd eller frekvens) | <input type="checkbox"/> Pancreatit |
| <input type="checkbox"/> Ödem | <input type="checkbox"/> Thyroideapåverkan |
| <input type="checkbox"/> Feber eller subfebrilitet | <input type="checkbox"/> Parathyroideapåverkan |
| <input type="checkbox"/> Ögon-, synpåverkan | <input type="checkbox"/> Andra endokrinologiska biverkningar |
| <input type="checkbox"/> Öron-, hörselpåverkan | <input type="checkbox"/> Njurpåverkan |
| <input type="checkbox"/> Mag-tarmbesvär | <input type="checkbox"/> Muskuloskeletal påverkan |
| <input type="checkbox"/> Påverkan på hårtillväxt eller hårfärg | <input type="checkbox"/> Menstruationsrubbing |
| <input type="checkbox"/> Hudpåverkan (acne, psoriasis, utslag, fotosensitivitet) | <input type="checkbox"/> Gynekomasti, galaktorré |
| <input type="checkbox"/> Tremor | <input type="checkbox"/> Sexuella biverkningar |
| <input type="checkbox"/> Parestesier | <input type="checkbox"/> Allergi eller överkänslighetsreaktion |
| <input type="checkbox"/> Kramptillstånd | <input type="checkbox"/> Psykisk påverkan inkl. beteendeförändring |
| <input type="checkbox"/> Ataxi, koordinationssvårigheter | <input type="checkbox"/> Sömnstörning |

Har patienten under de senaste 12 månaderna deltagit i någon form av samtalsbehandling/psykoterapi omfattande minst 10 sessioners varaktighet?

Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten under de senaste 12 månaderna deltagit i patientutbildning kring affektiv sjukdom?

Ja Nej Uppgift saknas

Har patientens anhöriga/närstående under de senaste 12 månaderna deltagit i utbildning kring affektiv sjukdom?

Ja Nej Uppgift saknas

Har patientens anhöriga/närstående under de senaste 12 månaderna deltagit vid samtal/planering med den psykiatriska enheten?

Ja Nej Uppgift saknas

Har patientens professionella nätverk utanför psykiatrin under de senaste 12 månaderna deltagit vid samtal/planering med den psykiatriska enheten?

Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten under de senaste 12 månaderna utfört självskadande handling/suicidförsök?

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, hur många?

1-2 gånger 3 eller flera gånger

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

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, hur lång tid? _____ (dagar)

Har patienten under senaste 12 månaderna vårdats i somatisk heldygnsvård (sannolikt relaterad till bipolär affektiv sjukdom)?

Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten under senaste 12 månaderna vårdats på behandlingshem eller annan vårdinstitution (relaterad till psykisk störning eller missbruk)?			
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas			
Om ja, ange vilken typ av behandlingshem eller annan typ av vårdinstans patienten vårdats på samt antal vård dagar för respektive alternativ de senaste 12 månaderna.			
<input type="checkbox"/> I kommunal/landstingsregi	<input type="radio"/> 0-7 dagar	<input type="radio"/> 31-90 dagar	<input type="radio"/> Mer än 180 dagar men inte hela perioden
	<input type="radio"/> 8-30 dagar	<input type="radio"/> 91-180 dagar	<input type="radio"/> Hela perioden
<input type="checkbox"/> Privat vårdgivare	<input type="radio"/> 0-7 dagar	<input type="radio"/> 31-90 dagar	<input type="radio"/> Mer än 180 dagar men inte hela perioden
	<input type="radio"/> 8-30 dagar	<input type="radio"/> 91-180 dagar	<input type="radio"/> Hela perioden
<input type="checkbox"/> Statlig institution (SIS)	<input type="radio"/> 0-7 dagar	<input type="radio"/> 31-90 dagar	<input type="radio"/> Mer än 180 dagar men inte hela perioden
	<input type="radio"/> 8-30 dagar	<input type="radio"/> 91-180 dagar	<input type="radio"/> Hela perioden
<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="radio"/> 0-7 dagar	<input type="radio"/> 31-90 dagar	<input type="radio"/> Mer än 180 dagar men inte hela perioden
	<input type="radio"/> 8-30 dagar	<input type="radio"/> 91-180 dagar	<input type="radio"/> Hela perioden
Har patienten under senaste 12 månaderna vårdats enligt LPT eller LRV?			
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas			
Om ja, ange vilken?			
<input type="checkbox"/> LPT <input type="checkbox"/> LRV			
Har patienten under senaste 12 månaderna vårdats enligt LVM eller LVU?			
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas			
Om ja, ange vilken?			
<input type="checkbox"/> LVM <input type="checkbox"/> LVU			
Har patienten under de senaste 12 månaderna utfört en våldsam handling eller ett allvarligt hot mot en annan människa (ex hotat, slagit, skurit, skjutit)?			
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas			
Om ja, hur många?			
<input type="radio"/> 1-2 gånger <input type="radio"/> 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?			
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas			
Har patienten under de senaste 12 månaderna blivit dömd till kriminalvård, sluten ungdomsvård eller annan rättslig påföljd?			
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas			
Om ja:			
<input type="radio"/> Dömd för våldsbrott <input type="radio"/> Dömd för annat brott			
Ange aktuell längd: _____ cm		Ange aktuell vikt: _____ kg	
Om behandlingen är avslutad är uppgiften frivillig.		Om behandlingen är avslutad är uppgiften frivillig.	
Har depressionsbedömning med intervjustöd eller självskattning gjorts i samband med uppföljningsbesök?			
<input type="radio"/> Ja, MADRS <input type="radio"/> Ja, PHQ9 <input type="radio"/> Ja, annat <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas			
I kvalitetsregistret anges samtliga svar eller totalvärde för MADRS, eller samtliga svar för PHQ9. Dessa uppgifter behöver alltså bifogas detta underlag.			
Funktionsskattning			
Ange aktuellt värde på symptom-GAF: _____ Ange aktuellt värde på funktions-GAF: _____			
Om Du väger in Din kliniska erfarenhet av denna diagnosgrupp, hur svåra symptom har patienten?			
<input type="radio"/> Inga <input type="radio"/> Milda <input type="radio"/> Påtagliga <input type="radio"/> Mycket svåra			
<input type="radio"/> Mycket milda <input type="radio"/> Måttliga <input type="radio"/> Svåra <input type="radio"/> Uppgift saknas			
Hur har patientens symptom förändrats sedan föregående rapporteringstillfälle? Patientens tillstånd är:			
<input type="radio"/> Synnerligen förbättrat <input type="radio"/> Något förbättrat <input type="radio"/> Något försämrat <input type="radio"/> Synnerligen försämrat			
<input type="radio"/> Mycket förbättrat <input type="radio"/> Oförändrat <input type="radio"/> Mycket försämrat <input type="radio"/> Uppgift saknas			

Om behandlingen är avslutad, hur avslutades behandlingen?

Besvaras om behandlingen är avslutad.

- I samförstånd eller på behandlarens initiativ, ingen fortsatt behandling
- Genom att patienten eller dennes företrädare avbröt behandlingen, ingen fortsatt behandling
- Genom att annan enhet har övertagit behandlingsansvaret
- Genom att patienten avled, välj ett alternativ: suicid eller misstänkt suicid annan dödsorsak
- På annat sätt

Bedöms behandlingsresultatet ha påverkats negativt av bristande följsamhet?

- Ja, mycket
- Ja, något
- Nej
- Uppgift saknas