

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"/> 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- och ämnesomsättningsjukdomar	<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?**

- Utökad provtagning       Remiss till somatisk mottagning  
 Utredning       Ingen åtgärd

**Nuvarande sysselsättning****Skolgång**

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

- 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/arbete)  
 Arbetsrehabilitering i skyddad verksamhet       Sysselsättning motsvarande SOL:s definition (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  
 Sjukskrivning/sjukersättning       Övrigt  
 Socialbidrag       Uppgift saknas

**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 enligt LPT eller LRV?**

- Ja       Nej       Uppgift saknas

**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)

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

Ange preparat

Dygnsdos (i mg)

Dygnsdos (i mg)

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

**Behandlas patienten sedan minst 3 månader med stämningsstabiliserande läkemedel?**

Ja       Nej       Uppgift saknas

Ange preparat	Dygnsdos (i mg)		Dygnsdos (i mg)
<input type="checkbox"/> Karbamazepin	_____	<input type="checkbox"/> Oxkarbazepin	_____
<input type="checkbox"/> Klonazepam	_____	<input type="checkbox"/> Topiramet	_____
<input type="checkbox"/> Lamotrigin	_____	<input type="checkbox"/> Valproat	_____
<input type="checkbox"/> Litium	_____	<input type="checkbox"/> Övriga	_____

Om Övriga, ange vilket? \_\_\_\_\_

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

Ja       Nej

Om ja

<input type="checkbox"/> Filtrationsnedsättning	<input type="checkbox"/> Koncentrationsnedsättning
<b>Har filtrationsnedsättning föranlett någon av följande åtgärder?</b>	<b>Har koncentrationsnedsättning föranlett någon av följande åtgärder?</b>
<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	

**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?

<input type="checkbox"/> Utökad provtagning	<input type="checkbox"/> Remiss för endokrinologisk konsultation	<input type="checkbox"/> Utsättande
<input type="checkbox"/> Utredning	<input type="checkbox"/> Substitution	<input type="checkbox"/> Ingen åtgärd

**Behandlas patienten sedan minst 3 mån med neuroleptika?**

Ja       Nej       Uppgift saknas

Ange preparat	Dygnsdos (i mg)		Dygnsdos (i mg)
<input type="checkbox"/> Alimemazin	_____	<input type="checkbox"/> Paliperidon	_____
<input type="checkbox"/> Aripiprazol	_____	<input type="checkbox"/> Perfenazin	_____
<input type="checkbox"/> Dixyrazin	_____	<input type="checkbox"/> Pimozid	_____
<input type="checkbox"/> Flufenazin	_____	<input type="checkbox"/> Quetiapin	_____
<input type="checkbox"/> Flupentixol	_____	<input type="checkbox"/> Risperidon	_____
<input type="checkbox"/> Haloperidol	_____	<input type="checkbox"/> Sertindol	_____
<input type="checkbox"/> Klorpromazin	_____	<input type="checkbox"/> Sulpirid	_____
<input type="checkbox"/> Kloprotixen	_____	<input type="checkbox"/> Tioridazin	_____
<input type="checkbox"/> Klozapin	_____	<input type="checkbox"/> Ziprasidon	_____
<input type="checkbox"/> Levomepromazin	_____	<input type="checkbox"/> Zuklopentixol	_____
<input type="checkbox"/> Melperon	_____	<input type="checkbox"/> Övriga	_____
<input type="checkbox"/> Olanzapin	_____		

Om Övriga, ange vilket? \_\_\_\_\_

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

Ja       Nej       Uppgift saknas

<p><b>Har patienten under de senaste 12 månaderna deltagit i någon form av samtalsbehandling/psykoterapi omfattande minst 10 sessioners varaktighet?</b></p> <p><input type="radio"/> Ja      <input type="radio"/> Nej      <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>
<p><b>Har patienten under de senaste 12 månaderna deltagit i patientutbildning kring affektiv sjukdom?</b></p> <p><input type="radio"/> Ja      <input type="radio"/> Nej      <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>
<p><b>Har patientens anhöriga/närstående under de senaste 12 månaderna deltagit i utbildning kring affektiv sjukdom?</b></p> <p><input type="radio"/> Ja      <input type="radio"/> Nej      <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>
<p><b>Har patienten under de senaste 12 månaderna utfört självskadande handling/suicidförsök?</b></p> <p><input type="radio"/> Ja      <input type="radio"/> Nej      <input type="radio"/> Uppgift saknas</p> <p><b>Om ja, hur många?</b></p> <p><input type="radio"/> 1-2 gånger      <input type="radio"/> 3 eller flera gånger</p>
<p><b>Om Du väger in Din kliniska erfarenhet av denna diagnosgrupp, hur svåra symptom har patienten?</b></p> <p><input type="radio"/> Inga              <input type="radio"/> Milda              <input type="radio"/> Påtagliga      <input type="radio"/> Mycket svåra</p> <p><input type="radio"/> Mycket milda      <input type="radio"/> Måttliga      <input type="radio"/> Svåra      <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>
<p><b>Hur har patientens symptom förändrats sedan föregående rapporteringstillfälle? Patientens tillstånd är:</b></p> <p><input type="radio"/> Synnerligen förbättrat      <input type="radio"/> Något förbättrat      <input type="radio"/> Något försämrat      <input type="radio"/> Synnerligen försämrat</p> <p><input type="radio"/> Mycket förbättrat      <input type="radio"/> Oförändrat      <input type="radio"/> Mycket försämrat      <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>
<p><b>Funktionsskattning</b></p> <p>Ange aktuellt värde på symptom-GAF: _____ Ange aktuellt värde på funktions-GAF: _____</p>
<p><b>Ange aktuell vikt:</b> _____ kg</p>
<p><b>Om behandlingen är avslutad, hur avslutades behandlingen?</b></p> <p>Besvaras om behandlingen är avslutad.</p> <p><input type="radio"/> I samförstånd eller på behandlarens initiativ, ingen fortsatt behandling</p> <p><input type="radio"/> Genom att patienten eller dennes företrädare avbröt behandlingen, ingen fortsatt behandling</p> <p><input type="radio"/> Genom att annan enhet har övertagit behandlingsansvaret</p> <p><input type="radio"/> Genom att patienten avled, välj ett alternativ:    <input type="radio"/> suicid eller misstänkt suicid    <input type="radio"/> annan dödsorsak</p> <p><input type="radio"/> På annat sätt</p>