

Behandlare _____

Patientens personnr _____ Namn _____

<input type="checkbox"/> Patienten har informerats om deltagande i BUSA-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 Typ av AD/HD: <input type="radio"/> Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet i kombination <input type="radio"/> Huvudsakligen uppmärksamhetsstörning ("ADD") <input type="radio"/> Huvudsakligen hyperaktivitet-impulsivitet <input type="radio"/> Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet UNS

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"/> - Utvecklingsavvikelser |
| <input type="checkbox"/> Övriga psykotiska syndrom | Övriga tillstånd som debuterar hos barn eller ungdomar |
| <input type="checkbox"/> Bipolära syndrom | <input type="checkbox"/> - Beteendestörningar av utagerande slag |
| <input type="checkbox"/> Övriga förstämningssyndrom | <input type="checkbox"/> - Emotionella störningar/beteendestörningar |
| <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 |
- Mental retardation
- Lätt
- Måttlig
- Svår
- 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"/> - Utvecklingsavvikelser |
| <input type="checkbox"/> Övriga psykotiska syndrom | Övriga tillstånd som debuterar hos barn eller ungdomar |
| <input type="checkbox"/> Bipolära syndrom | <input type="checkbox"/> - Beteendestörningar av utagerande slag |
| <input type="checkbox"/> Övriga förstämningssyndrom | <input type="checkbox"/> - Emotionella störningar/beteendestörningar |
| <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 |
- Mental retardation
- Lätt
- Måttlig
- Svår
- UNS

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, 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 | |

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	

Funktionsskattning
 Ange antingen C-GAS eller funktions-GAF
 Ange aktuellt värde på C-GAS: _____ Ange aktuellt värde på funktions-GAF: _____

	Aktuell beteendeskattning enligt SNAP IV i hemmet	Aktuell beteendeskattning enligt SNAP IV i skolan/förskolan (ej obligatorisk)
Total poängsumma (0 - 90) (Alla frågor)	_____	_____
Medelpoäng subdomän ouppmärksamhet (0 - 3), 2 decimaler (fråga 1-9, summan dividerat med 9)	_____	_____
Medelpoäng subdomän hyperaktivitet-impulsivitet (0 - 3), 2 decimaler (fråga 11-19, summan dividerat med 9)	_____	_____
Medelpoäng subdomän kombinerad (0 - 3), 2 decimaler (fråga 1-9 + 11-19, summan dividerat med 18)	_____	_____
Medelpoäng subdomän ODD (0 - 3), 2 decimaler (fråga 21-28, summan dividerat med 8)	_____	_____

Möjlighet finns även att ange samtliga 30 svar för båda skattningarna.

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 tidigare använt/provat droger?
 Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, vilka?

<input type="checkbox"/> Hasch	<input type="checkbox"/> Opiater	<input type="checkbox"/> Övrigt
<input type="checkbox"/> Hallucinogener	<input type="checkbox"/> Centralstimulerande	

Har patienten tidigare vanemässigt använt droger?
 Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, vilka?

<input type="checkbox"/> Hasch	<input type="checkbox"/> Opiater	<input type="checkbox"/> Övrigt
<input type="checkbox"/> Hallucinogener	<input type="checkbox"/> Centralstimulerande	<input type="checkbox"/> Alkohol (klar överkonsumtion)

Är patienten nikotinanvändare?
 Ja Nej

Om ja, ange typ av tobak?
 Rökare Snusare Nikotinplåster eller liknande

Har patienten slagit sönder eller på annat sätt förstört egendom, medvetet eller i affekt, under de senaste 2 åren?
 Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, hur många?
 1-2 gånger 3 eller flera gånger

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

Har patienten erhållit vård för psykiatriska besvär tidigare än 6 månader innan registreringsdatum?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, 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)

Föreligger familjeanamnes på diagnostiserad AD/HD?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja:

- Biologisk far Biologiskt hel-/halvsyskon Släktingar på fars sida
 Biologisk mor Släktingar på mors sida Egna barn

Föreligger familjeanamnes på AD/HD-liknande symptom?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja:

- Biologisk far Biologiskt hel-/halvsyskon Släktingar på fars sida
 Biologisk mor Släktingar på mors sida Egna barn

Högsta utbildningsnivå för förälder? Minst en förälder ska anges. Förälder 3 och 4 kan användas vid delat boende.

<p>Förälder 1</p> <p><input type="radio"/> Biologisk mor <input type="radio"/> Adoptivmor</p> <p><input type="radio"/> Styvmor <input type="radio"/> Familjehemsmor</p> <p><input type="radio"/> Ej fullgjord förgymnasial utbildning</p> <p><input type="radio"/> Fullgjord förgymnasial utbildning</p> <p><input type="radio"/> Fullgjord gymnasial utbildning</p> <p><input type="radio"/> Fullgjord eftergymnasial utbildning (minst 2 år)</p> <p><input type="radio"/> Uppgift saknas</p>	<p>Förälder 2</p> <p><input type="radio"/> Biologisk far <input type="radio"/> Adoptivfar</p> <p><input type="radio"/> Styvfar <input type="radio"/> Familjehemsfar</p> <p><input type="radio"/> Ej fullgjord förgymnasial utbildning</p> <p><input type="radio"/> Fullgjord förgymnasial utbildning</p> <p><input type="radio"/> Fullgjord gymnasial utbildning</p> <p><input type="radio"/> Fullgjord eftergymnasial utbildning (minst 2 år)</p> <p><input type="radio"/> Uppgift saknas</p>
<p>Förälder 3</p> <p><input type="radio"/> Biologisk mor <input type="radio"/> Adoptivmor</p> <p><input type="radio"/> Styvmor <input type="radio"/> Familjehemsmor</p> <p><input type="radio"/> Ej fullgjord förgymnasial utbildning</p> <p><input type="radio"/> Fullgjord förgymnasial utbildning</p> <p><input type="radio"/> Fullgjord gymnasial utbildning</p> <p><input type="radio"/> Fullgjord eftergymnasial utbildning (minst 2 år)</p> <p><input type="radio"/> Uppgift saknas</p>	<p>Förälder 4</p> <p><input type="radio"/> Biologisk far <input type="radio"/> Adoptivfar</p> <p><input type="radio"/> Styvfar <input type="radio"/> Familjehemsfar</p> <p><input type="radio"/> Ej fullgjord förgymnasial utbildning</p> <p><input type="radio"/> Fullgjord förgymnasial utbildning</p> <p><input type="radio"/> Fullgjord gymnasial utbildning</p> <p><input type="radio"/> Fullgjord eftergymnasial utbildning (minst 2 år)</p> <p><input type="radio"/> Uppgift saknas</p>
<p>Ange patientens huvudsakliga boende under det senaste året</p> <p><input type="radio"/> Ordinärt boende <input type="radio"/> Saknar bostad</p> <p><input type="radio"/> Ordinärt boende med beviljade stödinsatser <input type="radio"/> Uppgift saknas</p> <p><input type="radio"/> Stödboende</p> <p>Om stödboende, vilken typ?</p> <p><input type="radio"/> Permanent boende (enligt SoL eller LSS) med personal hela dygnet</p> <p><input type="radio"/> Permanent boende (enligt Sol) med personal del av dygnet</p> <p><input type="radio"/> Korttidsboende (på behandlingshem, HVB, SIS-institution, utslussningsboende el dyl)</p>	
<p>Ange hushållets sammansättning</p> <p><input type="radio"/> Två föräldrar (biologiska, adoptiv- eller styvföräldrar) <input type="radio"/> Familjehem</p> <p><input type="radio"/> Ensam förälder (biologisk, adoptiv- eller styvförälder) <input type="radio"/> Bor ensam</p> <p><input type="radio"/> Delat boende <input type="radio"/> Uppgift saknas</p> <p><input type="radio"/> Bor med make/maka/sambo</p> <p><input type="radio"/> Annat (exempelvis bor med kamrat, syskon etc)</p>	
<p>Finns det barn under 18 år i hushållet? <i>OBS! Utöver patienten</i></p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>	
<p>Har patienten egna barn, oavsett vårdnadsstatus? (besvaras för patienter som är 15 år och äldre)</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>	

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?

- Arbetshabilitering på öppna marknaden Anpassad studieform (mål vidare studier)
 Arbetshabilitering 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 barnet testmässigt bedömts kognitivt?

- Ja Nej

Årtal för senaste testning? _____

Metodik?

- WPPSI WAIS-R Leiter -R
 WISC-III Griffith Ravens matriser
 Annat test, vilket? _____

Vilken allmän kognitiv funktionsnivå bedöms patienten ha?

- Högbegåvad (IK 130-) Lågbegåvad inom normalzonen (IK 70-84)
 Välbegåvad (IK 115-129) Under normalzonen
 Väl normalbegåvad (IK 100-114) Svårbedömd (ex vid ojämna testresultat)
 Normalbegåvad (IK 85-99) Bedömd som normalbegåvad, ej testad

Ange aktuell längd: _____ cm

Ange aktuell vikt: _____ kg

Ange aktuellt blodtryck: _____/_____ (mm/Hg)

Ange aktuell puls: _____ (pulsslag/min)

Har patienten på indikation AD/HD erhållit icke-farmakologiska stöd- och behandlingsinsatser?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, från den registrerande enheten under det senaste året | <input type="checkbox"/> Ja, längre tillbaka än ett år (oberoende av enhet) |
| <input type="checkbox"/> Ja, från annan enhet under det senaste året | <input type="checkbox"/> Nej |

Om från den registrerande enheten under det senaste året - vilka?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Samtalsstöd/rådgivning till föräldrar/anhöriga | <input type="checkbox"/> Gruppterapi för individ, huvudsakligen psykodynamiskt inriktad |
| <input type="checkbox"/> Familjeterapi | <input type="checkbox"/> Gruppterapi för individ, huvudsakligen kognitiv/KBT |
| <input type="checkbox"/> "Parent Management Training" (ex COPE, Webster-Stratton, Barkley) | <input type="checkbox"/> Gruppterapi för individ, övrigt, vilken typ? (friv) |
| <input type="checkbox"/> Föräldragrupp, annan | |
| <input type="checkbox"/> Anhörigutbildning | |
| <input type="checkbox"/> Individualterapi, huvudsakligen psykodynamisk | <input type="checkbox"/> Beteendeterapi (ART etc) |
| <input type="checkbox"/> Individualterapi, huvudsakligen kognitiv/KBT | <input type="checkbox"/> Patientutbildning |
| <input type="checkbox"/> Individualterapi, övrigt, vilken typ? (friv) | <input type="checkbox"/> Annat för individ Vad? |

-
-
- Samtalsstöd/rådgivning för individ

Om från annan enhet under det senaste året - vilka?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Samtalsstöd/rådgivning till föräldrar/anhöriga | <input type="checkbox"/> Samtalsstöd/rådgivning för individ |
| <input type="checkbox"/> Familjeterapi | <input type="checkbox"/> Gruppterapi för individ, huvudsakligen psykodynamiskt inriktad |
| <input type="checkbox"/> "Parent Management Training" (ex COPE, Webster-Stratton, Barkley) | <input type="checkbox"/> Gruppterapi för individ, huvudsakligen kognitiv/KBT |
| <input type="checkbox"/> Föräldragrupp, annan | <input type="checkbox"/> Gruppterapi för individ, övrigt |
| <input type="checkbox"/> Anhörigutbildning | <input type="checkbox"/> Beteendeterapi (ART etc) |
| <input type="checkbox"/> Individualterapi, huvudsakligen psykodynamisk | <input type="checkbox"/> Patientutbildning |
| <input type="checkbox"/> Individualterapi, huvudsakligen kognitiv/KBT | <input type="checkbox"/> Annat för individ |
| <input type="checkbox"/> Individualterapi, övrigt | |

Om längre tillbaka än ett år - vilka?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Samtalsstöd/rådgivning till föräldrar/anhöriga | <input type="checkbox"/> Samtalsstöd/rådgivning för individ |
| <input type="checkbox"/> Familjeterapi | <input type="checkbox"/> Gruppterapi för individ, huvudsakligen psykodynamiskt inriktad |
| <input type="checkbox"/> "Parent Management Training" (ex COPE, Webster-Stratton, Barkley) | <input type="checkbox"/> Gruppterapi för individ, huvudsakligen kognitiv/KBT |
| <input type="checkbox"/> Föräldragrupp, annan | <input type="checkbox"/> Gruppterapi för individ, övrigt |
| <input type="checkbox"/> Anhörigutbildning | <input type="checkbox"/> Beteendeterapi (ART etc) |
| <input type="checkbox"/> Individualterapi, huvudsakligen psykodynamisk | <input type="checkbox"/> Patientutbildning |
| <input type="checkbox"/> Individualterapi, huvudsakligen kognitiv/KBT | <input type="checkbox"/> Annat för individ |
| <input type="checkbox"/> Individualterapi, övrigt | |

Har patienten på indikation AD/HD under det senaste året erhållit följande behandlingsinsatser?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sociala stödinsatser - vårdbidrag | <input type="checkbox"/> Sociala stödkontakter - annat/LSS - Vad? |
| <input type="checkbox"/> Sociala stödinsatser - kontaktperson/-familj/LSS | |
| <input type="checkbox"/> Sociala stödinsatser - kontaktperson/-familj/SoL | <input type="checkbox"/> Sociala stödkontakter - annat/SoL - Vad? |
| <input type="checkbox"/> Sociala stödkontakter - familjehem/LSS | |
| <input type="checkbox"/> Sociala stödkontakter - familjehem/SoL | <input type="checkbox"/> Inget av ovanstående/Uppgift saknas |

Har patienten tidigare behandlats med läkemedel på indikationen AD/HD?

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange årtal för första insättning av behandling: _____

Ange preparat

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Concerta | <input type="checkbox"/> Tricykliskt antidepressiva, vilket? |
| <input type="checkbox"/> Ritalin (snabbverkande) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ritalin endoskapslar | <input type="checkbox"/> Annat registrerat preparat, vilket? |
| <input type="checkbox"/> Ritalina SR | _____ |
| <input type="checkbox"/> Metamina | <input type="checkbox"/> Licenspreparat, vilket ? |
| <input type="checkbox"/> Amfetamin | _____ |
| <input type="checkbox"/> Atomoxetin | <input type="checkbox"/> Naturläkemedel, vilket? |
| <input type="checkbox"/> Klonidin | _____ |

Behandlas patienten för närvarande med läkemedel på indikationen AD/HD?

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, när inleddes *aktuell* behandlingsperiod? _____ (åååå-mm-dd)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Concerta | <input type="checkbox"/> Tricykliskt antidepressiva, vilket? |
| <input type="checkbox"/> Ritalin (snabbverkande) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ritalin endoskapslar | <input type="checkbox"/> Annat registrerat preparat, vilket? |
| <input type="checkbox"/> Ritalina SR | _____ |
| <input type="checkbox"/> Metamina | <input type="checkbox"/> Licenspreparat, vilket ? |
| <input type="checkbox"/> Amfetamin | _____ |
| <input type="checkbox"/> Atomoxetin | <input type="checkbox"/> Naturläkemedel, vilket? |
| <input type="checkbox"/> Klonidin | _____ |

Behandlas patienten regelbundet även med annat läkemedel, som har effekter på centrala nervsystemet?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antiepileptika/Stämningsstabiliserande medel | <input type="checkbox"/> Psykostimulantia |
| <input type="checkbox"/> Neuroleptika | <input type="checkbox"/> Annat |
| <input type="checkbox"/> Lugnande medel, ataraktika, sömnmedel | <input type="checkbox"/> Ingen grupp /Uppgift saknas |
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva medel | |

Ange tillämpligt alternativ för varje vald läkemedelsgrupp

Antiepileptika/stämningsstabiliserande

- | | | | |
|---|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fenobarbital | <input type="checkbox"/> Klonazepam | <input type="checkbox"/> Vigabatrin | <input type="checkbox"/> Gabapentin |
| <input type="checkbox"/> Primidon | <input type="checkbox"/> Karbamazepin | <input type="checkbox"/> Lamotrigin | <input type="checkbox"/> Levetiracetam |
| <input type="checkbox"/> Fenytoin | <input type="checkbox"/> Oxkarbamazepin | <input type="checkbox"/> Felbamat | <input type="checkbox"/> Litium |
| <input type="checkbox"/> Etosuximid | <input type="checkbox"/> Valproat | <input type="checkbox"/> Topiramet | |
| <input type="checkbox"/> Annat, ange vilka? _____ | | | |

Neuroleptika

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Klorpromazin | <input type="checkbox"/> Tioridazin | <input type="checkbox"/> Zyklohexidol | <input type="checkbox"/> Aripiprazol |
| <input type="checkbox"/> Levomepromazin | <input type="checkbox"/> Haloperidol | <input type="checkbox"/> Klozapin | <input type="checkbox"/> Paliperidon |
| <input type="checkbox"/> Alimemazin | <input type="checkbox"/> Melperon | <input type="checkbox"/> Olanzapin | <input type="checkbox"/> Pimozid |
| <input type="checkbox"/> Dixyrazin | <input type="checkbox"/> Ziprasidon | <input type="checkbox"/> Risperidon | |
| <input type="checkbox"/> Flufenazin | <input type="checkbox"/> Flupentixol | <input type="checkbox"/> Sertindol | |
| <input type="checkbox"/> Perfenazin | <input type="checkbox"/> Kloprotixen | <input type="checkbox"/> Quetiapin | |
| <input type="checkbox"/> Annat, ange vilka? _____ | | | |

Lugnande medel, ataraktika, sömnmedel

- | | | | |
|---|--|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alprazolam | <input type="checkbox"/> Flunitrazepam | <input type="checkbox"/> Oxazepam | <input type="checkbox"/> Zaleplon |
| <input type="checkbox"/> Buspiron | <input type="checkbox"/> Lorazepam | <input type="checkbox"/> Propiomazin | <input type="checkbox"/> Zolpidem |
| <input type="checkbox"/> Diazepam | <input type="checkbox"/> Nitrazepam | <input type="checkbox"/> Triazolam | <input type="checkbox"/> Zopiklon |
| <input type="checkbox"/> Annat, ange vilka? _____ | | | |

Antidepressiva

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

Psykostimulantia

- | | | |
|---|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Modafinil | <input type="checkbox"/> Koffein | <input type="checkbox"/> Piracetam |
| <input type="checkbox"/> Annat, ange vilka? _____ | | |

Andra preparat

- Annat registrerat preparat, vilket? _____
- Annat licenspreparat, vilket? _____