

Behandlare _____

Patientens personnr _____ Namn _____

Är behandlingen vid kliniken/enheten helt avslutad? (såväl aktiv som planerad behandling)	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej	
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: _____	
Har patientens anhöriga/närstående under de senaste 12 månaderna deltagit vid samtal/planering med den psykiatriska enheten?	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas	
Har patientens professionella nätverk utanför psykiatrin under de senaste 12 månaderna deltagit vid samtal/planering med den psykiatriska enheten?	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas	
Föreligger AD/HD fortfarande?	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja, i remission <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas	
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	
<input type="radio"/> Uppgift saknas	
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"/> - 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
<input type="checkbox"/> Mental retardation	
<input type="checkbox"/> - Lätt	
<input type="checkbox"/> - Måttlig	
<input type="checkbox"/> - Svår	
<input type="checkbox"/> - UNS	

Finns det förutom ev. biverkningar en eller flera somatiska faktorer som uppenbart har betydelse 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, 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 | |

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 styvföräldrar) | <input type="radio"/> Familjehem |
| <input type="radio"/> Ensam förälder (biologisk, adoptiv- eller 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, oavsett 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
- I ordinarie skolform men med extra stöd
- Anpassad studiegång eller motsvarande
- Särskild skolform, t ex resursskola/skoldaghem eller motsv
- Särskola/särgymnasium
- Träningskola
- Ingen sysselsättning
- 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
 - > 50% av heltid
 - < eller lika med 50 % av heltid
- Arbetslös/arbetsmarknadsåtgärd
- Skyddad verksamhet
 - > 50% av heltid
 - < eller lika med 50 % av heltid
- Uppgift saknas
- Ingen sysselsättning

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)

Patientens utbildningsnivå

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

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

Sjukdagar

Ange antal sjukdagar det senaste året: _____

Om behandlingen är avslutad är uppgiften frivillig.

Har det under de senaste 12 månaderna förelegat sociala problem av betydelse för behandlingen?

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Om ja, vilka?

- Problem i primärgruppen
- Problem relaterade till den sociala miljön
- Problem i skolan
- Problem i arbetet
- Problem i boendet
- Ekonomiska problem
- Problem i samband med sjukvård
- Problem i samband med kriminalitet
- Andra psykosociala problem och övriga problem relaterade till livsomständigheter

Ange preparat för aktuell behandling med centralstimulerande preparat

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

Om naturläkemedel, ange vilket: _____

Vilken är aktuell dygnsdos? _____ (mg)

Om behandlingen är avslutad är dygnsdos frivillig.

Har behandlingsuppehåll på minst 1 månad gjorts de senaste 12 månaderna?

- Ja Nej Uppgift saknas

Behandlas patienten för närvarande med icke centralstimulerande preparat på indikationen AD/HD?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange preparat

- Klonidin
- Atomoxetin
- Tricykliskt antidepressiva, ange vilket: _____
- Annat registrerat preparat, ange vilket: _____
- Licenspreparat, ange vilket
- Naturläkemedel, ange vilket

Har patienten tidigare behandlats med icke centralstimulerande preparat på indikationen AD/HD?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange preparat

- Klonidin
- Atomoxetin
- Tricykliskt antidepressiva, ange vilket: _____
- Annat registrerat preparat, ange vilket: _____
- Licenspreparat, ange vilket
- Naturläkemedel, ange vilket

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 behandling/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"/> Vigabatin | <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 vilket? _____ | | | |

Neuroleptika

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Klorpromazin | <input type="checkbox"/> Tioridazin | <input type="checkbox"/> Zyklopiptol | <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 vilket? _____ | | | |

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 vilket? _____ | | | |

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"/> Tranylcyppromin |
| <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"/> Övriga, ange vilket? _____ | | | |

Psykostimulantia

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

Andra preparat

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

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

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange med vad:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antihistaminer | <input type="checkbox"/> Betareceptorblockerande medel |
| <input type="checkbox"/> Medel vid obstruktiva luftvägssjukdomar - Adrenergika för systemiskt bruk | <input type="checkbox"/> Insuliner |
| <input type="checkbox"/> Medel vid obstruktiva lungvägssjukdomar - Övriga systemiska medel | <input type="checkbox"/> Kortikosteroider för systemiskt bruk |
| <input type="checkbox"/> Antihypertensiva medel | <input type="checkbox"/> Tyreoideahormoner |
| | <input type="checkbox"/> Annat |

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

- Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten under de senaste 12 månaderna deltagit i någon form av samtalsbehandling/psykoterapi?

- Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten på indikation AD/HD under de senaste 12 månaderna erhållit icke-farmakologiska stöd- och behandlingsinsatser?

- Ja, från den registrerande enheten under det senaste året Nej
 Ja, från annan enhet under det senaste året Uppgift saknas
 Ja, längre tillbaka än ett år

Om från den registrerande enheten 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, vilken typ? |
| <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? | <input type="checkbox"/> Annat för individ Vad? |

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 |
| <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 |
| <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 under de senaste 12 månaderna deltagit i patientutbildning kring AD/HD?

- Ja Nej Uppgift saknas

<p>Har patientens anhöriga/närstående under de senaste 12 månaderna deltagit i utbildning kring AD/HD?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>																																			
<p>Har patienten under de senaste 12 månaderna utfört självskadande handling/suicidförsök?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p> <p>Om ja, hur många?</p> <p><input type="radio"/> 1-2 gånger <input type="radio"/> 3 eller flera gånger</p>																																			
<p>Har patienten under senaste 12 månaderna vårdats i psykiatrisk heldygnsvård (sluten psykiatrisk vård i landstingets regi)?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p> <p>Om ja, hur lång tid? _____ (dagar)</p>																																			
<p>Har patienten under senaste 12 månaderna vårdats i somatisk heldygnsvård (sannolikt relaterad till AD/HD)?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>																																			
<p>Har patienten under senaste 12 månaderna vårdats på behandlingshem eller annan vårdinstitution (relaterad till psykisk störning eller missbruk)?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p> <p>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.</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> I kommunal/ landstingsregi</td> <td><input type="radio"/> 0-7 dagar</td> <td><input type="radio"/> 31-90 dagar</td> <td><input type="radio"/> Mer än 180 dagar men inte hela perioden</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> 8-30 dagar</td> <td><input type="radio"/> 91-180 dagar</td> <td><input type="radio"/> Hela perioden</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Privat vårdgivare</td> <td><input type="radio"/> 0-7 dagar</td> <td><input type="radio"/> 31-90 dagar</td> <td><input type="radio"/> Mer än 180 dagar men inte hela perioden</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> 8-30 dagar</td> <td><input type="radio"/> 91-180 dagar</td> <td><input type="radio"/> Hela perioden</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Statlig institution (SIS)</td> <td><input type="radio"/> 0-7 dagar</td> <td><input type="radio"/> 31-90 dagar</td> <td><input type="radio"/> Mer än 180 dagar men inte hela perioden</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> 8-30 dagar</td> <td><input type="radio"/> 91-180 dagar</td> <td><input type="radio"/> Hela perioden</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Uppgift saknas</td> <td><input type="radio"/> 0-7 dagar</td> <td><input type="radio"/> 31-90 dagar</td> <td><input type="radio"/> Mer än 180 dagar men inte hela perioden</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> 8-30 dagar</td> <td><input type="radio"/> 91-180 dagar</td> <td><input type="radio"/> Hela perioden</td> </tr> </table>				<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
<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																																
<p>Har patienten under senaste 12 månaderna vårdats enligt LPT eller LRV?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p> <p>Om ja, ange vilken?</p> <p><input type="checkbox"/> LPT <input type="checkbox"/> LRV</p>																																			
<p>Har patienten under senaste 12 månaderna vårdats enligt LVM eller LVU?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p> <p>Om ja, ange vilken?</p> <p><input type="checkbox"/> LVM <input type="checkbox"/> LVU</p>																																			
<p>Har patienten under de senaste 12 månaderna slagit sönder eller på annat sätt förstört egendom, medvetet eller i affekt?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p> <p>Om ja, hur många?</p> <p><input type="radio"/> 1-2 gånger <input type="radio"/> 3 eller flera gånger</p>																																			
<p>Har patienten under de senaste 12 månaderna utfört en våldsam handling eller ett allvarligt hot mot en annan människa (ex hotat, slagit, skurit, skjutit)?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p> <p>Om ja, hur många?</p> <p><input type="radio"/> 1-2 gånger <input type="radio"/> 3 eller flera gånger</p> <p>Har patienten vid något av dessa tillfällen använt något vapen/tillhygge ex. kniv, pistol, basebollträ, cykelkedja eller annan sak avsedd som vapen?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>																																			

<p>Har patienten någon gång varit omhändertagen enligt LVU pga eget beteende? (besvaras för patienter som är 14 år och yngre)</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p> <p>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)</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p> <p>Om ja:</p> <p><input type="radio"/> Dömd för våldsbrott <input type="radio"/> Dömd för annat brott</p>		
<p>Ange aktuell längd: _____ cm Om behandlingen är avslutad är uppgiften frivillig.</p>	<p>Ange aktuell vikt: _____ kg Om behandlingen är avslutad är uppgiften frivillig.</p>	
<p>Ange aktuellt blodtryck: ____/____ (mm/Hg) Om behandlingen är avslutad är uppgiften frivillig.</p>	<p>Ange aktuell puls: _____ (pulsslag/min) Om behandlingen är avslutad är uppgiften frivillig.</p>	
	<p>Aktuell beteendeskattning enligt SNAP IV i hemmet (ej obligatorisk om behandlingen är avslutad)</p>	<p>Aktuell beteendeskattning enligt SNAP IV i skolan/förskolan (ej obligatorisk)</p>
<p>Total poängsumma (0 - 90)(Alla frågor)</p>		
<p>Medelpoäng subdomän ouppmärksamhet (0 - 3), 2 decimaler (fråga 1-9, summan dividerat med 9)</p>	_____	_____
<p>Medelpoäng subdomän hyperaktivitet-impulsivitet (0 - 3), 2 decimaler (fråga 11-19, summan dividerat med 9)</p>	_____	_____
<p>Medelpoäng subdomän kombinerad (0 - 3), 2 decimaler (fråga 1-9 + 11-19, summan dividerat med 18)</p>	_____	_____
<p>Medelpoäng subdomän ODD (0 - 3), 2 decimaler (fråga 21-28, summan dividerat med 8)</p>	_____	_____
<p>Möjlighet finns även att ange samtliga 30 svar för båda skattningarna.</p>		
<p>Funktionsskattning Ange antingen C-GAS eller funktions-GAF</p> <p>Ange aktuellt värde på C-GAS: _____ Ange aktuellt värde på funktions-GAF: _____</p>		
<p>Om Du väger in Din kliniska erfarenhet av denna diagnosgrupp, hur svåra symptom har patienten?</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>Hur har patientens symptom förändrats sedan föregående rapporteringstillfälle? Patientens tillstånd är:</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>Om behandlingen är avslutad, hur avslutades behandlingen? Besvaras inte om behandlingen fortfarande pågår.</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>		
<p>Bedöms behandlingsresultatet ha påverkats negativt av bristande följsamhet?</p> <p><input type="radio"/> Ja, mycket <input type="radio"/> Ja, något <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>		