

Behandlare _____

Patientens personnr _____ Namn _____

<input type="checkbox"/> Patienten har informerats om deltagande i PsykosR-registret
Går patienten fortfarande i skola? (Besvaras endast för patienter som är 16 år och äldre) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Ange datum då psykosdiagnos sattes första gången: _____
Informationsdatum Datum då informationen insamlades: _____
Diagnos enligt ICD-10 eller DSM-IV (Om ej möjligt att bedöma undergrupp välj "Ospecificerad schizofreni") <input type="radio"/> F20.0 Paranoid schizofreni 295.30 <input type="radio"/> F22.0 Vanföreställningssyndrom 297.1 <input type="radio"/> F20.1 Desorganiserad s. (Hebefreni) 295.10 <input type="radio"/> F23.9 Kortvarig psykos 298.8 <input type="radio"/> F20.2 Kataton schizofreni 295.20 <input type="radio"/> F250 Schizoaffektivt syndrom, manisk typ <input type="radio"/> F20.3 Odifferentierad schizofreni 295.90 <input type="radio"/> F251 Schizoaffektivt syndrom, depressiv typ <input type="radio"/> F20.5 Residualschizofreni 295.60 <input type="radio"/> F252 Schizoaffektivt syndrom, blandad typ <input type="radio"/> F20.6 Simplex <input type="radio"/> F258 Annat specificerat schizoaffektivt syndrom <input type="radio"/> F20.8 Schizofreniformt syndrom 295.40 <input type="radio"/> F259 Schizoaffektivt syndrom, ospecificerat <input type="radio"/> F20.9 Ospecificerad schizofreni DSM-IV (ICD-10) <input type="radio"/> F29 Psykotiskt syndrom UNS 298.9
Om schizofrenidiagnos (F20.1, F20.2, F20.3, F20.5, F20.6, F20.9) ange datum för när schizofrenidiagnos sattes första gången: _____
Är detta första vårdtillfället för psykos? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas
Om ja, hur många månader har gått mellan första psykossymptom och dagens datum? _____
Om ja, när inleddes behandling mot psykossymptom första gången? <input type="checkbox"/> Är ännu ej inledd <input type="checkbox"/> Samtalsbehandling, datum _____ <input type="checkbox"/> Antipsykotisk medicinering, datum _____ <input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Om nej, när inleddes behandling mot psykossjukdom första gången? <input type="radio"/> 1-2 år sedan <input type="radio"/> 3-5 år sedan <input type="radio"/> 5-10 år sedan <input type="radio"/> Mer än 10 år sedan

Psykiatrisk samsjuklighet**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 | |
| <input type="checkbox"/> - Lätt | |
| <input type="checkbox"/> - Måttlig | |
| <input type="checkbox"/> - Svår | |
| <input type="checkbox"/> - 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"/> Övriga psykotiska syndrom | <input type="checkbox"/> - Utvecklingsavvikelser |
| <input type="checkbox"/> Bipolära syndrom | Övriga tillstånd som debuterar hos barn eller ungdomar |
| <input type="checkbox"/> Övriga förstämningssyndrom | <input type="checkbox"/> - Beteendestörningar av utagerande slag |
| <input type="checkbox"/> Ångestsyndrom | <input type="checkbox"/> - Emotionella störningar/beteendestörningar |
| <input type="checkbox"/> Maladaptiva stressreaktioner, posttraumatiska tillstånd | <input type="checkbox"/> Personlighetsstörningar |
| <input type="checkbox"/> Somatoforma och dissociativa syndrom | <input type="checkbox"/> Övriga specificerade psykiska störningar |
| <input type="checkbox"/> Ätstörningar | <input type="checkbox"/> Andra tillstånd som kan vara föremål för utredning och behandling/åtgärder |
| Mental retardation | <input type="checkbox"/> Oklar diagnos, kan ej hänföras till någon annan grupp |
| <input type="checkbox"/> - Lätt | |
| <input type="checkbox"/> - Måttlig | |
| <input type="checkbox"/> - Svår | |
| <input type="checkbox"/> - UNS | |

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

- Ja Nej Uppgift saknas

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)

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

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	
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
	<input type="radio"/> Uppgift saknas
Har patienten egna barn, oavsett vårdnadsstatus? Endast för patienter som är 15 år och äldre	
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
	<input type="radio"/> Uppgift saknas
Patientens utbildningsnivå (besvaras för patienter som är 15 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"/> Träningsskola
<input type="radio"/> I ordinarie skolform men med extra stöd	<input type="radio"/> Ingen sysselsättning
<input type="radio"/> Anpassad studiegång eller motsvarande	<input type="radio"/> Uppgift saknas
<input type="radio"/> Särskild skolform, t ex resursskola/skoldaghem eller motsv	
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 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)
Sjukdagar Ange antal sjukdagar det senaste året: _____	
Om familjeanamnes på psykosjukdom finns, markera tillämpligt alternativ	
<input type="checkbox"/> Far	<input type="checkbox"/> Syskon
	<input type="checkbox"/> Fars släktingar (innefattar fars föräldrar, fars syskon, patientens kusiner på farssidan)
<input type="checkbox"/> Mor	<input type="checkbox"/> Egna barn
	<input type="checkbox"/> Mors släktingar (innefattar mors föräldrar, mors syskon, patientens kusiner på morssidan)

Om familjeanamnes på psykisk sjukdom finns, markera tillämpligt alternativ

- | | | |
|------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Far | <input type="checkbox"/> Syskon | <input type="checkbox"/> Fars släktingar (innefattar fars föräldrar, fars syskon, patientens kusiner på farssidan) |
| <input type="checkbox"/> Mor | <input type="checkbox"/> Egna barn | <input type="checkbox"/> Mors släktingar (innefattar mors föräldrar, mors syskon, patientens kusiner på morssidan) |

Har patienten tidigare behandlats med antidepressiva läkemedel?

- Ja Nej Uppgift saknas

Behandlas patienten för närvarande med antidepressiva läkemedel?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, 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 Uppgift saknas

Behandlas patienten för närvarande med stämningsstabiliserande läkemedel?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange preparat för pågående behandling

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Karbamazepin | <input type="checkbox"/> Lamotrigin | <input type="checkbox"/> Oxkarbazepin | <input type="checkbox"/> Valproat |
| <input type="checkbox"/> Klonazepam | <input type="checkbox"/> Litium | <input type="checkbox"/> Topiramet | <input type="checkbox"/> Övriga |

Har patienten tidigare behandlats med antipsykosmedel?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange preparat

- | | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <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 | |

Behandlas patienten för närvarande med antipsykosmedel?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange preparat och dygnsdos för pågående behandling

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alimemazin: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Paliperidon: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Aripiprazol: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Perfenazin: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Dixyrazin: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Pimozid: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Flufenazin: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Quetiapin: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Flupentixol: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Risperidon: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Haloperidol: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Sertindol: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Klorpromazin: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Sulpirid: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Kloprotixen: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Tioridazin: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Klozapin: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Ziprasidon: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Levomepromazin: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Zuklopentixol: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Melperon: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Övriga: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Olanzapin: _____ mg/dygn | |

Om ja, är någon av behandlingarna i form av depåinjektion?

- Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten tidigare behandlats med bensodiazepiner/bensodiazepinliknande preparat?

Ja Nej Uppgift saknas

Behandlas patienten för närvarande med bensodiazepiner/bensodiazepinliknande preparat?

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange preparat för pågående behandling

<input type="checkbox"/> Alprazolam	<input type="checkbox"/> Lorazepam	<input type="checkbox"/> Prometazin	<input type="checkbox"/> Zaleplon
<input type="checkbox"/> Buspiron	<input type="checkbox"/> Klometiazol	<input type="checkbox"/> Propiomazin	<input type="checkbox"/> Zolpidem
<input type="checkbox"/> Diazepam	<input type="checkbox"/> Nitrazepam	<input type="checkbox"/> Popranolol	<input type="checkbox"/> Zopiklon
<input type="checkbox"/> Flunitrazepam	<input type="checkbox"/> Oxazepam	<input type="checkbox"/> Triazolam	<input type="checkbox"/> Övriga
<input type="checkbox"/> Hydroxizin	<input type="checkbox"/> Pregabalin	<input type="checkbox"/> Valeriana	

Har någon av följande biverkningar uppträtt under de senaste 12 månaderna?

Ja Nej Uppgift saknas

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

Markera för varje valt alternativ svårighetsgraden av biverkan enligt följande:

Lindrig = ingen åtgärd; *Medelsvår* = så besvärlig att åtgärder vidtogs men inte allvarlig

Allvarlig = livshotande, medfört eller kunde medfört allvarlig skada eller funktionsnedsättning

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

Har patienten någon gång erhållit någon form av samtalsbehandling/psykoterapi av omfattande minst 10 gånger för aktuell psykossjukdom?

Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, vad?

<input type="checkbox"/> Kognitiv beteendeterapi	<input type="checkbox"/> Färdighetsträning	<input type="checkbox"/> Övrigt
<input type="checkbox"/> Kognitiv terapi	<input type="checkbox"/> Psykodynamisk terapi	

<p>Har patienten varit i kontakt med patientutbildning för schizofreni eller liknande psykoser?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>
<p>Har patientens anhöriga/närstående varit i kontakt med anhörigutbildning för schizofreni eller liknande?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>
<p>Har patientens anhöriga deltagit vid samtal på den registrerade enheten?</p> <p><input type="radio"/> Ja, enstaka (1-2 gånger) <input type="radio"/> Nej</p> <p><input type="radio"/> Ja, återkommande (3 eller flera gånger) <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>
<p>Finns PANSS-skattning gjord?</p> <p><input type="radio"/> Ja, hel skattning <input type="radio"/> Ja, remissionsskattning <input type="radio"/> Nej</p> <p>Datum för skattning: _____</p> <p>I kvalitetsregistret anges detaljerad beteendeskattning enligt PANSS, hel skattning eller remissionsskattning. Dessa uppgifter behöver alltså bifogas detta underlag.</p>
<p>Finns CAN-skattning gjord?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej</p> <p>Datum för skattning: _____</p> <p>I kvalitetsregistret anges detaljerade CAN-poäng för skattningar gjorda av patient, anhörig och/eller personal. Dessa uppgifter behöver alltså bifogas detta underlag.</p>
<p>Har patienten slagit sönder eller på annat sätt förstört egendom, medvetet eller i affekt, under de senaste 2 åren?</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 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>