

Behandlare _____

Patientens personnr _____ Namn _____

<p>Är behandlingen vid kliniken/enheten helt avslutad? (såväl aktiv som planerad behandling)</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej</p>																													
<p>Går patienten fortfarande i skola? (Besvaras endast för patienter som är 16 år och äldre)</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej</p>																													
<p>Informationsdatum Datum då informationen insamlades: _____</p>																													
<p>Föreligger psykosdiagnos?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej</p> <p>Om ja, ange diagnos (Om ej möjligt att bedöma undergrupp välj "Ospecificerad schizofreni")</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="radio"/> F20.0 Paranoid schizofreni 295.30</td> <td><input type="radio"/> F22.0 Vanföreställningssyndrom 297.1</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> F20.1 Desorganiserad s. (Hebefreni) 295.10</td> <td><input type="radio"/> F23.9 Kortvarig psykos 298.8</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> F20.2 Kataton schizofreni 295.20</td> <td><input type="radio"/> F250 Schizoaffektivt syndrom, manisk typ</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> F20.3 Odifferentierad schizofreni 295.90</td> <td><input type="radio"/> F251 Schizoaffektivt syndrom, depressiv typ</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> F20.5 Residualschizofreni 295.60</td> <td><input type="radio"/> F252 Schizoaffektivt syndrom, blandad typ</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> F20.6 Simplex</td> <td><input type="radio"/> F258 Annat specificerat schizoaffektivt syndrom</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> F20.8 Schizofreniformt syndrom 295.40</td> <td><input type="radio"/> F259 Schizoaffektivt syndrom, ospecificerat</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> F20.9 Ospecificerad schizofreni DSM-IV (ICD-10)</td> <td><input type="radio"/> F29 Psykotiskt syndrom UNS 298.9</td> </tr> </table>		<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												
<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																												
<p>Har patienten annan aktuell psykiatrisk sjuklighet?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p> <p>Om ja, ange diagnosgrupp</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Organiska psykosyndrom</td> <td>Autismspektrumstörningar, uppmärksamhetsstörningar och utvecklingsavvikelser</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Missbruk och beroende av substanser samt relaterade syndrom</td> <td><input type="checkbox"/> - Autismspektrumstörningar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Övriga psykotiska syndrom</td> <td><input type="checkbox"/> - Utvecklingsavvikelser</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bipolära syndrom</td> <td>Övriga tillstånd som debuterar hos barn eller ungdomar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Övriga förstämningssyndrom</td> <td><input type="checkbox"/> - Beteendestörningar av utagerande slag</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ångestsyndrom</td> <td><input type="checkbox"/> - Emotionella störningar/beteendestörningar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Maladaptiva stressreaktioner, posttraumatiska tillstånd</td> <td><input type="checkbox"/> Personlighetsstörningar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Somatoforma och dissociativa syndrom</td> <td><input type="checkbox"/> Övriga specificerade psykiska störningar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ätstörningar</td> <td><input type="checkbox"/> Andra tillstånd som kan vara föremål för utredning och behandling/åtgärder</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mental retardation</td> <td><input type="checkbox"/> Oklar diagnos, kan ej hänföras till någon annan grupp</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> - Lätt</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> - Måttlig</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> - Svår</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> - UNS</td> <td></td> </tr> </table>		<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	<input type="checkbox"/> 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	
<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																												
<input type="checkbox"/> 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																													

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, nutritionsrubbningar 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 | |

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 | |

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 uppföljningsperioden provat eller vid enstaka tillfällen 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 | |

Har patienten vanemässigt använt droger under uppföljningsperioden?

- 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 en uppskattning av alkoholkonsumtionen med formuläret AUDIT gjorts?

- Ja Nej Uppgift saknas

Använder patienten någon typ av nikotin?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange typ av tobak?

- Rökare Snusare Nikotinplåster eller liknande

Ange aktuell längd: _____ cm	Ange aktuell vikt: _____ kg
Om behandlingen är avslutad är uppgiften frivillig.	Om behandlingen är avslutad är uppgiften frivillig.

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	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas	
Har patienten egna barn, oavsett vårdnadsstatus? (besvaras för patienter som är 15 år och äldre)	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas	
Patientens utbildningsnivå (besvaras endast för patienter som är 16 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"/> Träningskola
<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 behandlingen är avslutad är uppgiften frivillig.	
Har patienten under uppföljningsperioden haft någon försämringsperiod som varit av den graden att det varit nödvändigt att vita extra åtgärder som ändrad medicinering, ökade stödinsatser, inläggning på sjukhus m.m.?	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas	
Om ja, ange antal gånger	
<input type="radio"/> 1 gång <input type="radio"/> 2-3 gånger <input type="radio"/> 4 eller flera gånger	

<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 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 i somatisk heldygnsvård (sannolikt relaterad till schizofreni)?</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="0"> <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 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? (patienter under 15 år)</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? (patienter 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>																																			

Har patienten någon gång under uppföljningsperioden behandlats med antipsykosmedel?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange hur länge

- Högst 1 månad 2-6 månader Mer än 6 månader Hela perioden
men inte hela perioden

Behandlas patienten vid uppföljningstillfället 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 någon gång under uppföljningsperioden behandlats med antidepressiva läkemedel?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange hur länge

- Högst 1 månad 2-6 månader Mer än 6 månader Hela perioden
men inte hela perioden

Behandlas patienten vid uppföljningstillfället med antidepressiva läkemedel?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange preparat och dygnsdos för pågående behandling

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

Har patienten någon gång under uppföljningsperioden behandlats med stämningsstabiliserande läkemedel?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange hur länge

- Högst 1 månad 2-6 månader Mer än 6 månader Hela perioden
men inte hela perioden

Behandlas patienten vid uppföljningstillfället med stämningsstabiliserande läkemedel?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange preparat och dygnsdos för pågående behandling

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Karbamazepin: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Oxkarbazepin: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Klonazepam: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Topiramat: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Lamotrigin: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Valproat: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Litium: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Övriga: _____ mg/dygn |

Har patienten någon gång under uppföljningsperioden behandlats med bensodiazepiner eller bensodiazepinliknande preparat?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange hur länge

- Högst 1 månad 2-6 månader Mer än 6 månader Hela perioden
men inte hela perioden

Behandlas patienten vid uppföljningstillfället med bensodiazepiner eller bensodiazepinliknande preparat?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange preparat och dygnsdos för pågående behandling

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alprazolam: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Prometazin: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Buspiron: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Propiomazin: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Diazepam: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Propranolol: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Flunitrazepam: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Triazolam: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Hydroxizin: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Valeriana: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Lorazepam: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Zaleplon: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Klometiazol: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Zolpidem: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Nitrazepam: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Zopiklon: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Oxazepam: _____ mg/dygn | <input type="checkbox"/> Övriga: _____ mg/dygn |
| <input type="checkbox"/> Pregabalin: _____ mg/dygn | |

Har patienten någon gång under uppföljningsperioden behandlats med antikolinerga läkemedel mot biverkningar?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange hur länge

- Högst 1 månad 2-6 månader Mer än 6 månader Hela perioden
men inte hela perioden

Har patienten under de senaste 12 månaderna fått ECT?

- Ja Nej Uppgift saknas

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:

Lindríg = 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 vid uppföljningstillfället tecken på tardiv dyskinesi?

Ja Nej Uppgift saknas

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

Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten under de senaste 12 månaderna varit i kontakt med patientutbildning för registerspecifikt tillstånd?

Ja Nej Uppgift saknas

Har patientens anhöriga/närstående under de senaste 12 månaderna varit i kontakt med anhörgutbildning för registerspecifikt tillstånd?

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

<p>Har det upprättats en behandlingsplan?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p> <p>Om ja, har den fullföljts?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej</p> <p>Om nej, ange orsaken till att behandlingsplanen inte kunde fullföljas</p> <p><input type="radio"/> Bristande resurser hos vårdgivaren <input type="radio"/> Bristande följsamhet hos patienten <input type="radio"/> Annan orsak</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>
<p>Funktionsskattning</p> <p>Ange aktuellt värde på symptom-GAF: _____ 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>Har PANSS-skattning gjorts i anslutning till uppföljningen?</p> <p><input type="radio"/> Ja, hel skattning <input type="radio"/> Ja, remissionsskattning <input type="radio"/> Nej</p> <p>Om ja, 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>Föreligger kognitiv funktionsnedsättning?</p> <p><input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ja, neuropsykologiskt verifierad</p> <p><input type="radio"/> Ja, klinisk misstänkt <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>
<p>Har CAN-skattning gjorts?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p> <p>Om ja, 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 det under senaste 12 månaderna uppträtt läkemedelsbiverkan vilken har medfört någon åtgärd (avser läkemedel ordinerat för patientens huvuddiagnos)?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>
<p>Om behandlingen är avslutad, hur avslutades behandlingen?</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>