

Ärendansvarig _____

Patientens personnr _____

Namn _____

Informationsdatum _____

(ÅÅÅÅ-MM-DD)

Datum då nedanstående uppgifter har inhämtats. Vid det datum som anges ska övriga uppgifter som registrerats varit gällande (aktuella).

* = Bör alltid fyllas i, nationell resultatindikator

Psykiatriska diagnos-/er enligt ICD10

Ange patientens aktuella psykosdiagnos

Den psykosdiagnos som utgör registreringsorsak

Ett svarsalternativ kan anges

- F20.0** Paranoid schizofreni
- F20.1** Hebefren schizofreni
- F20.2** Kataton schizofreni
- F20.3** Odifferentierad schizofreni
- F20.5** Schizofrent resttillstånd
- F20.6** Schizofreni, simplexform
- F20.8** Annan specificerad schizofreni
- F20.9** Schizofreni, ospecificerad
- F21.9** Schizotyp störning
- F22.0** Vanföreställningssyndrom
- F22.8** Andra specificerade kroniska vanföreställnings syndrom
- F22.9** Kroniskt vanföreställningssyndrom, ospecificerat
- F23.0** Akut polymorf psykos utan egentlig schizofren sjukdomsbild
- F23.1** Akut polymorf psykos med schizofren sjukdomsbild
- F23.2** Akut schizofreniliknande psykos
- F23.3** Annat akut vanföreställningssyndrom
- F23.8** Andra specificerade akuta och övergående psykoser
- F23.9** Akut och övergående psykos, ospecificerad
- F24.9** Inducerat vanföreställningssyndrom/utvidgad psykos
- F25.0** Schizoaffektiva syndrom, manisk typ
- F25.1** Schizoaffektiva syndrom, depressiv typ
- F25.2** Schizoaffektiva syndrom, blandad typ
- F25.8** Annat specificerat schizoaffektiva syndrom
- F25.9** Schizoaffektiva syndrom, ospecificerat
- F28.9** Andra icke organiska psykotiska störningar
- F29.9** Ospecificerad icke organisk psykos

Föreligger något/några andra aktuella psykiatriska diagnoser, utöver psykosdiagnos?*

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange vika övriga aktuella psykiatriska diagnoser*

Flera svarsalternativ kan anges

- Organiska psykossyndrom
- Övriga psykotiska syndrom
- Utvecklingsavvikelser
- Autismspektrumstörning
- Uppmärksamhetsstörning
- Depression
- Substansmissbruk/beroende
- Emotionellt instabil/borderline personlighetsstörning (F60.3)
- Antisocial personlighetsstörning (F60.2)
- Agorafobi (F40.0)
- Social fobi (F40.1)
- Paniksyndrom (F41.0)
- Generaliserat ångestsyndrom (F41.1)
- Tvångssyndrom (F42.0, F42.1, F42.2)
- Annat

Om substansmissbruk/beroende, ange vilket/vilka*

Substansmissbruk avser skadligt bruk och/eller beroende.

Kombination (F19.1/F19.2) tillämpas när det är känt att två eller flera psykoaktiva substanser använts, men när det är omöjligt att avgöra vilken som bidragit mest till störningen. Kategorin ska användas även när en eller flera av substanserna är okända eller inte med säkerhet kunnat identifieras.

Flera svarsalternativ kan anges

- Alkohol (F10.1/F10.2)
- Opiater (F11.1/F11.2)
- Cannabis (F12.1/F12.2)
- Sedativa (F13.1/F13.2)
- Kokain (F14.1/F14.2)
- Stimulantia inklusive koffein (F15.1/F15.2)
- Hallucinogener (F16.1/F16.2)
- Tobak (F17.1/F17.2)
- Lösningssmedel (F18.1/F18.2)
- Kombination (F19.1/F19.2)
- Uppgift saknas

Bakgrund

NYREGISTRERINGSFRÅGA om uppföljning → gå vidare till fråga ange form av boende s.4

Är det första gången någonsin som patienten får vård för psykossjukdom? *

Ja Nej Uppgift saknas

Hur länge har patienten haft psykossymtom (enligt patienten själv eller närstående) ?
Ange antal månader (så noga som möjligt)

Uppgift saknas

Ange form av boende *

Med hemlös avses person som saknar egen eller för hyrd bostad och som inte bor i något stadigvarande inneboendeförhållande eller andrahandsboende, och som är hänvisad till tillfälliga boendialternativ eller är uteliggare.

Ett svarsalternativ kan anges

- Ordinärt boende *utan* stöd i hemmet (av socialtjänsten eller motsvarande)
- Ordinärt boende *med* stöd i hemmet (av socialtjänsten eller motsvarande)
- Permanent särskilt boende (enl SoL/LSS) med stöd av personal *del* av dygnet
- Permanent särskilt boende (enl SoL/LSS) med stöd av personal *hela* dygnet
- Familjehem
- Boende med socialt kontrakt
- Hemlös (enligt definition)
- Uppgift saknas

Ange hushållets sammansättning

Personer som har sin nattvila i patientens hem under minst 4 dagar per månad räknas som ingående i hushållets sammansättning.

Flera svarsalternativ kan anges

- Ensamboende
- Delar hushåll med make/maka/partner/sambo
- Delar hushåll med förälder/föräldrar
- Delar hushåll med andra vuxna (inklusive egna barn 18 år eller äldre)
- Delar hushåll med barn under 18 år
- Uppgift saknas

Har patienten barn under 18 år?

Avser patientens egna barn, oavsett vårdnadsförhållande.

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Om ja, har patienten erbjudits någon form av föräldrastöd?* **Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Om ja, har patientens barn erbjudits någon form av stöd?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

UTBILDNINGSNIVÅ: Fråga besvaras för patienter som är 16 år eller äldre.

Vilken är patientens högsta uppnådda utbildningsnivå?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ej fullgjord förgymnasial utbildning
- Fullgjord förgymnasial utbildning
- Fullgjord gymnasial utbildning
- Fullgjord eftergymnasial utbildning (minst 2 år)
- Fullgjord eftergymnasial utbildning (minst 3 år)
- Uppgift saknas

Ange patientens huvudsakliga sysselsättning under de senaste 12 månaderna *

Uppgiften avser huvudsaklig situation det senaste året. Om någon av patientens sysselsättningar överstiger 75 procent anges bara ett alternativ. Om ingen av patientens sysselsättningar överstiger 75 procent får två (2) alternativ anges.

Flera svarsalternativ kan anges

- Arbete/studier på öppna marknaden mer än 50 procent
- Arbete/studier på öppna marknaden 50 procent eller mindre
- Arbetslös/arbetsmarknadsåtgärd
- Skyddad verksamhet mer än 50 procent
- Skyddad verksamhet 50 procent eller mindre
- Anpassad studieform (mål vidare studier/arbete)
- Arbetsrehabilitering (inkl. under utredning för klargörande av funktionsnivå)
- Sysselsättning motsvarande SOL:s definition (dagcenter, brukarklubbar, etc)
- Ingen sysselsättning
- Uppgift saknas

Om arbetsrehabilitering (inkl. utredning för klargörande av funktionsnivå), ange typ av arbetsrehabilitering.*

Ett svarsalternativ kan anges

- Arbetsrehabilitering på öppna arbetsmarknaden
- Arbetsrehabilitering i skyddad verksamhet
- Uppgift saknas

Om arbetsrehabilitering på öppna arbetsmarknaden, är arbetsrehabiliteringen enligt IPS-modellen?* *IPS-Individual Placement and Support*

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Ange patientens huvudsakliga försörjning under de senaste 12 månaderna

Högst två alternativ får väljas. Om personer som är sjukskrivna ej är sjukpenningsberättigade och därför får ersättning från socialtjänsten anges alternativet "Ekonomiskt bistånd enligt SOL eller motsvarande." Egen försörjning avser lönearbete, egen företagare, studiemedel, ålderspension/garantipension.

Flera svarsalternativ kan anges – högst två får väljas

- Egen försörjning
- A-kassa
- Föräldrapenning
- Sjukpenning, sjukersättning eller motsvarande
- Ekonomiskt bistånd enligt SOL eller motsvarande
- Försörjd av anhörig
- Eget kapital
- Övrigt
- Uppgift saknas

Har patienten utfört en våldsam handling eller riktat ett allvarligt hot mot någon annan person under de senaste 12 månaderna?

Med våldsam handling eller allvarligt hot menas att t ex slagit, skurit, eller skjutit en annan person eller hotat om sådana gärningar i syfte att framkalla allvarlig fruktan för annan persons säkerhet.

Ett svarsalternativ kan anges

- Nej
- Ja, 1-2 gånger
- Ja, 3 gånger eller fler
- Uppgift saknas

Har patienten blivit utsatt för en våldsam handling eller ett allvarligt hot under de senaste 12 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

- Nej
- Ja, 1-2 gånger
- Ja, 3 gånger eller fler
- Uppgift saknas

Har patienten *blivit dömd* till kriminalvård, rättspsykiatrisk vård, sluten ungdomsvård eller annan rättslig påföljd under de senaste 12 månaderna?

Observera att endast påföljder enligt brottsbalken ska inkluderas.

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange vad patienten dömdes för*

Avser våldsbrott som innefattar fysiskt våld, eller hot om våld mot person, t ex mord, dråp eller misshandel **Flera svarsalternativ kan anges**

- Våldsbrott
 Annat brott
 Uppgift saknas

Har patienten gjort något suicidförsök under de senaste 12 månaderna?*

Med suicidförsök avses livshotande eller skenbart livshotande beteende, i avsikt att sätta sitt liv på spel eller att göra intryck av en sådan avsikt, men som inte leder till döden (exempelvis allvarlig tablettförgiftning, dränkning, skjutning, hängning/strykning).

Ett svarsalternativ kan anges

- Nej
 Ja, 1-2 gånger
 Ja, 3 gånger eller fler
 Uppgift saknas/otillräcklig information

Hälsa

Föreligger något/några tillstånd som bedöms vara av betydelse vid planering och genomförande av behandlingsinsatser?

Inkluderar diagnostiserade tillstånd, misstänkta tillstånd som utreds (även om diagnos ännu ej fastställts) samt komplicerande omständigheter.

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange vilka nedan

Flera svarsalternativ kan anges

- Diabetessjukdom
 Hjärt- och kärlsjukdom
 Cancer
 Njursjukdom
 Thyroideasjukdom
 Graviditet
 Amning

Ange aktuellt systoliskt blodtryck*Systoliskt blodtryck, det övre trycket (mm Hg) registrerat i sittande efter minst två minuters vila (rekommendation)* mm Hg (Heltal) Uppgift saknas**Ange aktuellt diastoliskt blodtryck***Diastoliskt blodtryck, det undre trycket (mm Hg) registrerat i sittande efter minst två minuters vila (rekommendation)* mm Hg (Heltal) Uppgift saknas**Ange aktuell vikt ****Vikt = kg, utan ytterplagg, kavaj och skor* Kg (Decimaltal med en decimal) Uppgift saknas**Ange aktuell längd ****Längd = cm, utan skor* Cm Uppgift saknas**Har patienten erhållit någon/några hälsofrämjande insatser under de senaste 12 månaderna?****Ett svarsalternativ kan anges** Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange vilket/vilka nedan

Flera svarsalternativ kan anges

- Rådgivning kring fysisk aktivitet (KVÅ-kod DV132)
- Kvalificerad rådgivning kring fysisk aktivitet (KVÅ-kod DV133)
- Kostrådgivning (KVÅ-kod DV142)
- Kvalificerad kostrådgivning (KVÅ-kod DV143)
- Rådgivande samtal om tobaksbruk (KVÅ-kod DV112)
- Kvalificerat rådgivande samtal om tobaksbruk (KVÅ-kod DV113)
- Rådgivande samtal om alkoholvanor (KVÅ-kod DV122)
- Kvalificerat rådgivande samtal om alkoholvanor (KVÅ-kod DV123)
- Kroppslig hälsoundersökning genomförd av läkare

Använder patienten nikotin så gott som dagligen? ***Ett svarsalternativ kan anges** Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange i vilken form *

Flera svarsalternativ kan anges

- Röker
- Snusar
- Nikotinersättning

Har AUDIT C besvarats av patienten under de senaste 12 månaderna? *

AUDIT C är de tre första frågorna i AUDIT. Poäng: 0-12 Riskbruk ≥ 4 poäng (man), ≥ 3 poäng (kvinna). Ett glas definieras som ett av följande: 45 cl folköl, 33 cl starköl, 15 cl vin, 8 cl starkvin, 4 cl sprit. **Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange totalpoäng AUDIT C * :

Om ja, ange 2 fyll i de svar patienten markerat i AUDIT C:

Hur ofta dricker Du alkohol? *

Ett svarsalternativ kan anges

- Aldrig (0)
 1 gång i månaden eller mer sällan (1)
 2-4 gånger i månaden (2)
 2-3 gånger i veckan (3)
 4 gånger per vecka eller mer (4)

Hur många "glas" (enligt exemplet i AUDIT-formuläret) dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol? *

Ett svarsalternativ kan anges

- 1-2 (0)
 3-4 (1)
 5-6 (2)
 7-9 (3)
 10 eller fler (4)

Hur ofta dricker Du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle? *

Ett svarsalternativ kan anges

- Aldrig (0)
 Mer sällan än en gång i månaden (1)
 Varje månad (2)
 Varje vecka (3)
 Dagligen eller nästan varje dag (4)

Har DUDIT besvarats av patienten under de senaste 12 månaderna? *

Syftar på en totalpoäng för DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) som besvarats de senaste 30 dagarna. Totalpoängen ligger i intervallet 0-44.

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange totalpoäng DUDIT * :

CGI-S. Mot bakgrund av din samlade kliniska erfarenhet av just denna patientpopulation, hur svårt psykiskt sjuk är patienten för närvarande?*

CGI-S, Clinical Global Impression – Severity, övergripande kliniskt intryck av sjukdomens svårighetsgrad. **Ett svarsalternativ kan anges**

- 0 - Ej bedömt
- 1 - Normal, inte alls sjuk
- 2 - Gränsfall för psykisk sjukdom
- 3 - Lindrigt sjuk
- 4 - Måttligt sjuk
- 5 - Påtagligt sjuk
- 6 - Allvarligt sjuk
- 7 - Bland de mest extremt sjuka patienterna

Ange aktuellt värde på GAF Funktion

Aktuellt resultat av skattning på GAF-skalans delskala för **social och yrkesmässig funktionsförmåga**. (GAF = Global Assessment of Functioning)

(Heltal, 0-100)

Ange aktuellt värde på GAF Symptom

Aktuellt resultat av skattning på GAF-skalans delskala för **psykiska symptom**. (GAF = Global Assessment of Functioning)

(Heltal, 0-100)

Vård och behandling

Har patienten behandlats inom psykiatrisk slutenvård, under de senaste 12 månaderna? *

Med psykiatrisk slutenvård avses inläggande sjukhusvård på psykiatrisk klinik eller motsvarande. Såväl frivillig vård som tvångsvård inkluderas. Tvångsvård i öppen vård (öppen LPT och LRV) inkluderas inte. Permissioner inkluderas inte.

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange antal dagar

Om exakt antal dygn ej enkelt kan tas fram görs en uppskattning.

Om ja, ange antal slutenvårdtillfällen

Med vårdtillfällen avses vårdkontakt i slutenvård. Vårdtillfälle avgränsas av in- och utskrivning inom ett medicinskt verksamhetsområde (klinik/basenhets/motsvarande). Med inskrivning avses händelse när vårdplats ställs till patients förfogande (efter socialstyrelsens termbank).

Både under perioden avslutade och vid rapporteringen fortfarande pågående vårdtillfällen inkluderas. Om en episod av oavbruten tvångsvård i öppen och sluten vård har innefattat flera vårdtillfällen (flera inläggningar i sluten vård) ska dessa redovisas separat

Har psykosymtomens svårighetsgrad bedömts med hjälp av PANSS- eller RS-S-skattning minst en gång de senaste 12 månaderna? *

PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale. RS-S = Remissionsskattning vid schizofreni.

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, vilket skattningsinstrument har använts?

Ett svarsalternativ kan anges

- PANSS
 RS-S

Om ja, är skattningen genomförd de senaste 2 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, var patienten i remission vid skattningsstillfället? *

Patienten är i remission, enligt skattning, om var och ett av följande symtom i PANSS eller RS-S bedöms vara ≤ 3 : P1, P2, P3, N1, N4, N6, A5 och A9.

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Har CAN-skattning gjorts under de senaste 12 månaderna?

CAN = Camberwell Assessment of Need, skattning som bedömer av patientens behov.

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, vem/vilka som besvarade skattningen?

- Patient
 Anhörig
 Personal

UPPFÖLJNINGSPRÅGA, om nyregistrering → gå vidare till nästa huvudfråga: Har patienten behandlats med ECT

Har patientens kognitiva förmåga testats de senaste 12 månaderna?

Avser bedömning av patientens kognitiva förmåga genom strukturerad observation eller testning, exempelvis, neuropsykologisk testning, arbetsterapeutisk bedömning eller skattningsinstrument.

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, har patienten kognitiv funktionsnedsättning?*

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten behandlats med ECT under de senaste 12 månaderna?

Oavsett antal tillfällen i en behandlingsserie. ECT= Elektrokonvulsiv behandling (KVÅ-koder DA006, DA024 och DA025) **Ett svarsalternativ kan anges**

- Ja Nej Uppgift saknas

Finns det en aktuell, dokumenterad plan för insatser till patienten?*

En plan räknas som aktuell om den har upprättats eller uppdaterats under de senaste 12 månaderna.
En samordnad plan (SIP) förutsätter i detta fall att det även finns en vårdplan inom hälso- och sjukvården.

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja, en vårdplan inom hälso- och sjukvården
- Ja, en individuell samordnad plan mellan kommun och hälso- och sjukvård (SIP)
- Nej
- Uppgift saknas

Om ja, har patienten haft en aktiv roll i planering och kunnat påverka de beslut som fattats?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Om ja, har planeringen genomförts?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja, helt
- Ja, delvis
- Nej
- Planen är nyligen upprättad och ännu ej utvärderad
- Uppgift saknas

Har patienten erhållit familjeinterventioner de senaste 12 månaderna?*

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Har patienten erhållit psykologisk behandling de senaste 12 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Om ja, ange typ av psykologisk behandling

Flera svarsalternativ kan anges

- Kognitiv/Kognitiv beteendeterapi
- Psykodynamisk terapi
- Interpersonell terapi
- Dialektisk beteendeterapi
- Musikterapi
- Övrigt
- Uppgift saknas

Har patienten erhållit psykopedagogisk behandling de senaste 12 månaderna?*

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja
- Nej
- Uppgift saknas

Om ja, ange typ av psykopedagogisk behandling

Flera svarsalternativ kan anges

- Utbildning om psykossjukdom och dess behandling
- Utbildning om sjukdomshantering och återhämtning
- Social färdighetsträning
- Uppgift saknas

Om utbildning om psykosjukdom och dess behandling, genomgick patienten utbildningen tillsammans med anhörig/annan närstående?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om utbildning om sjukdomshantering och återhämtning, genomgick patienten utbildningen tillsammans med anhörig/annan närstående?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten erhållit kognitiv träning de senaste 12 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten erhållit hjälpmedel/anpassning av arbetsplats eller bostad de senaste 12 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Behandlas patienten med antipsykotiska läkemedel för närvarande?

Avser de läkemedel som är aktuella vid registreringstillfället.

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange aktuella antipsykotiska läkemedel nedan*

Flera svarsalternativ kan anges

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Alimemazin | <input type="radio"/> Periciazin |
| <input type="radio"/> Amisulprid | <input type="radio"/> Pimozid |
| <input type="radio"/> Aripiprazol | <input type="radio"/> Pipamparone |
| <input type="radio"/> Asenapin | <input type="radio"/> Priadel |
| <input type="radio"/> Cyamemazin | <input type="radio"/> Proklorperazin |
| <input type="radio"/> Dixyrazin | <input type="radio"/> Quetiapin |
| <input type="radio"/> Flufenazin | <input type="radio"/> Risperidon |
| <input type="radio"/> Flupentixol | <input type="radio"/> Sertindol |
| <input type="radio"/> Fluspirilen | <input type="radio"/> Sulpirid |
| <input type="radio"/> Haloperidol | <input type="radio"/> Tiapirid |
| <input type="radio"/> Klorpromazin | <input type="radio"/> Tioridazin |
| <input type="radio"/> Kloprotixen | <input type="radio"/> Trifluoperazin |
| <input type="radio"/> Klozapin | <input type="radio"/> Ziprasidon |
| <input type="radio"/> Litium | <input type="radio"/> Zuklopentixol |
| <input type="radio"/> Levomepromazin | <input type="radio"/> Annat |
| <input type="radio"/> Melperon | |
| <input type="radio"/> Olanzapin | |
| <input type="radio"/> Paliperidon | |
| <input type="radio"/> Penfluridol | |
| <input type="radio"/> Perfenazin | |

Följdfrågor om beredningsform och dos – skriv ner uppgifter enligt nedanstående struktur för VARJE angivet psykosläkemedel

Om antipsykotiska läkemedel, är preparatet i injektionsform?

Ett svarsalternativ kan anges

Ja

Nej

Preparat 1

Om ja, ange uppgifter nedan

Med uppgifterna nedan beräknas dygnsdos automatiskt

Mängd injektionsvätska ml (Decimaltal)

Koncentration mg/ml (Decimaltal)

Intervall dagar

Om nej, ange dygnsdos

Preparat 2

Om ja, ange uppgifter nedan

Med uppgifterna nedan beräknas dygnsdos automatiskt

Mängd injektionsvätska ml (Decimaltal)

Koncentration mg/ml (Decimaltal)

Intervall dagar

Om nej, ange dygnsdos

Preparat 3

Om ja, ange uppgifter nedan

Med uppgifterna nedan beräknas dygnsdos automatiskt

Mängd injektionsvätska ml (Decimaltal)

Koncentration mg/ml (Decimaltal)

Intervall dagar

Om nej, ange dygnsdos

Xeplion (paliperidon)

50mg = 0.5ml injektionsvätska

75mg = 0.75ml

100mg = 1ml

150mg = 1.5ml

Risperdal Consta

varje ampull innehåller 2ml injektionsvätska

Behandlas patienten med stämningsstabiliserande läkemedel?

Avser pågående läkemedelsbehandling och omfattar Karbamazepin, Klonazepam, Lamotrigin, Litium, Oxkarbazepin, Topiramet, Valproat, ev annat stämningsstabiliserande läkemedel

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Behandlas patienten med antidepressiva läkemedel?

Avser pågående läkemedelsbehandling och omfattar Agomelatin, Amitryptilin, Bupropion, Citalopram, Duloxetin, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Imipramin, Klomipramin, Lofepramin, Maprotilin, Mianserin, Mirtazapin, Moclobemid, Nefazodon, Nortryptilin, Paroxetin, Phenelzin, Reboxetin, Sertralin, Tranylcypromin, Trimipramin, Venlafaxin, ev annat antidepressivt läkemedel

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Behandlas patienten med läkemedel mot ADHD?

Avser pågående läkemedelsbehandling och omfattar Atomoxetin, centralstimulerande, ev annat läkemedel mot ADHD. Med centralstimulerande läkemedel menas t.ex. metylfenidat, dexamfetamin, modafinil, men ej atomoxetin.

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Behandlas patienten med bensodiazepiner eller bensodiazepinliknande läkemedel?

Avser pågående läkemedelsbehandling och omfattar Alprazolam, Buspiron, Diazepam, Flunitrazepam, Hydroxizin, Lorazepam, Klometiazol, Nitrazepam, Oxazepam, Pregabalin, Prometazin, Propiomazin, Propranolol, Triazolam, Valeriana, Zaleplon, Zolpidem, Zopiklon, ev annat bensodiazepinliknande läkemedel

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Har någon misstänkt läkemedelsbiverkan uppträtt under de senaste 12 månaderna?

*

Avser läkemedel ordinerade med anledning av patientens registerorsak(er). Exempelvis: Trötthet, huvudvärk, yrsel, svimning, ökad svettning, ökad salivsekretion, ökad törst, ödem, feber eller subfebrilitet, ögon-, synpåverkan, öron-, hörselpåverkan, mag-, tarmbesvär, tremor, extrapyramidala besvär/Parkinsonism, blodbildspåverkan, elektrolytpåverkan, endokrinologiska biverkningar, menstruationsrubbnig, sexuella biverkningar, psykisk påverkan inkl. beteendeförändring, sömnstörning.

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange svårighetsgrad på de symtom som uppträtt och där samband med läkemedelsbehandling misstänks eller bekräftats.*

Lindrig, har medfört liten eller ingen påverkan på vardagliga sysslor.

Medelsvår, har försvårat vardagliga sysslor.

Allvarlig, livshotande, har omöjliggjort vardagliga sysslor eller har inneburit livshotande eller allvarlig skada eller risk för skada.

Ett svarsalternativ kan anges

- Lindrig Medelsvår Allvarlig Uppgift saknas

Behandlas patienten med något antikolinergt läkemedel för att lindra biverkningar av antipsykotiska läkemedel?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten vid uppföljningstillfället tecken på tardiv dyskinesi?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten gått upp i vikt de senaste 12 månaderna?

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten haft läkemedelsgenomgång tillsammans med läkare under de senaste 12 månaderna?

Genomgång av läkemedel ska ha motsvarat minst enkel läkemedelsgenomgång enligt SOSFS 2012;9, kap.3a; § 4 och § 5

1) kartläggning av vilka läkemedel patienten är ordinerad och varför,

2) vilka av dessa läkemedel patienten använder samt

3) vilka övriga läkemedel (inklusive receptfria läkemedel och kosttillskott) patienten använder.

Åtgärden innebär även kontroll av om läkemedelslistan är korrekt samt bedömning av om läkemedelsbehandlingen är ändamålsenlig och säker.

Ett svarsalternativ kan anges

- Ja Nej Uppgift saknas