



Bipolär Patienter 18 år och äldre

Nyregistrering version 2.5

Behandlare _____

Patientens personnr _____ Namn _____

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Patienten har informerats om deltagande i Bipolär-registret |
| Går patienten fortfarande i skola? (Besvaras endast för patienter som är 20 år och yngre) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej |
| Informationsdatum Datum för vilket informationen gäller: _____ |
| Subklassifikation <input type="radio"/> Typ 1 (har haft minst en manisk episod) <input type="radio"/> UNS (utan närmare specifikation) <input type="radio"/> Typ 2 (har haft hypomana men inte maniska episoder) <input type="radio"/> Schizoaffektivt syndrom, bipolär/manisk typ |
| Antal episoder Antal genomgångna depressiva episoder totalt <input type="radio"/> inga (0) <input type="radio"/> enstaka (1-3) <input type="radio"/> flera (4 el flera) Antal genomgångna hypomana episoder totalt <input type="radio"/> inga (0) <input type="radio"/> enstaka (1-3) <input type="radio"/> flera (4 el flera) Antal genomgångna maniska episoder totalt <input type="radio"/> inga (0) <input type="radio"/> enstaka (1-3) <input type="radio"/> flera (4 el flera) Antal genomgångna blandade episoder totalt <input type="radio"/> inga (0) <input type="radio"/> enstaka (1-3) <input type="radio"/> flera (4 el flera) Antal episoder totalt <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1-3 <input type="radio"/> 4-11 <input type="radio"/> 12 eller flera Antal episoder de senaste 12 månaderna <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1-3 <input type="radio"/> 4-11 <input type="radio"/> 12 eller flera |
| Om familjeanamnes på bipolär affektiv sjukdom finns, markera tillämpligt alternativ Enl. anamnes förekomst av unipolär/bipolär sjd el dystymi där behandling genomförts eller varit indicerad eller genomfört suicid. <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"/> Barn <input type="checkbox"/> Mors släktingar (innefattar mors föräldrar, mors syskon, patientens kusiner på morssidan) |
| Ålder vid första tecken på psykiska besvär/psykisk sjukdom <input type="radio"/> - 7 år <input type="radio"/> 8 - 11 år <input type="radio"/> 12 - 17 år <input type="radio"/> 18 - 24 år <input type="radio"/> 25 - år <input type="radio"/> Uppgift saknas |

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"/> - Uppmärksamhetsstörningar |
| <input type="checkbox"/> Övriga psykotiska syndrom | <input type="checkbox"/> - Utvecklingsavvikelser |
| <input type="checkbox"/> Övriga förstämningssyndrom | <input type="checkbox"/> Övriga tillstånd som debuterar hos barn eller ungdomar |
| <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 | |

Finns det annan aktuell psykiatrisk sjuklighet?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om Ja, ange diagnosgrupp

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Organiska psykosyndrom | Autismspektrumstörningar, uppmärksamhetsstörningar och utvecklingsavvikelser |
| <input type="checkbox"/> Missbruk och beroende av substanser samt relaterade syndrom | <input type="checkbox"/> - Autismspektrumstörningar |
| <input type="checkbox"/> Schizofreni | <input type="checkbox"/> - Uppmärksamhetsstörningar |
| <input type="checkbox"/> Övriga psykotiska syndrom | <input type="checkbox"/> - Utvecklingsavvikelser |
| <input type="checkbox"/> Övriga förstämningssyndrom | <input type="checkbox"/> Övriga tillstånd som debuterar hos barn eller ungdomar |
| <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 | |

Har patienten någonsin genomfört självskadande handling/suicidförsök?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, hur många?

- 1-2 gånger 3 eller flera gånger

Hur många av dessa har genomförts under de senaste 12 månaderna?

- Inga 1-2 gånger 3 gånger eller fler

Har patienten 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 tidigare behandlats med antidepressiva läkemedel?

- Ja Nej

Behandlas patienten för närvarande med antidepressiva läkemedel?

- Ja Nej

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

Behandlas patienten för närvarande med stämningsstabiliserande läkemedel?

- Ja Nej

Ange preparat för pågående behandling (om neuroleptika används som stämningsstabiliserande anges detta under rubriken Neuroleptika):

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

Vilket år insattes "stämningsstabiliserande" läkemedel första gången? _____

Har patienten tidigare behandlats med neuroleptika?

- Ja Nej

Behandlas patienten för närvarande med neuroleptika?

- Ja Nej

Ange preparat för pågående behandling:

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

Har patienten tidigare behandlats med bensodiazepiner/bensodiazepinliknande preparat?

- Ja Nej

Behandlas patienten för närvarande med bensodiazepiner/bensodiazepinliknande preparat?

- Ja Nej

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 patienten någon gång erhållit ECT?

- Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten någon gång erhållit någon form av samtalsbehandling/psykoterapi omfattande minst 10 sessioner?

- Ja Nej

Har patienten varit i kontakt med patientutbildning för affektiv sjukdom?

- Ja Nej

Har patientens anhöriga/närstående varit i kontakt med anhörigutbildning för affektiv sjukdom?

- Ja Nej

Har patientens anhöriga deltagit vid samtal på den registrerade enheten?

- Ja, enstaka (1-2 gånger) Ja, återkommande (3 eller flera gånger) Nej

Finns det en eller flera somatiska faktorer som uppenbart har betydelse för behandlingen?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, vilka?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Infektioner | <input type="checkbox"/> Matsmältningsorganens sjukdomar |
| <input type="checkbox"/> Tumörer | <input type="checkbox"/> Hudens och underhudens sjukdomar |
| <input type="checkbox"/> Sjukdomar i blod och blodbildande organ | <input type="checkbox"/> Sjukdomar i muskuloskeletala systemet |
| <input type="checkbox"/> Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbnings- och ämnesomsättningssjukdomar | <input type="checkbox"/> Sjukdomar i urin- och könsorgan |
| <input type="checkbox"/> Sjukdomar i nervsystemet | <input type="checkbox"/> Graviditet mm |
| <input type="checkbox"/> Sjukdomar i ögat mm | <input type="checkbox"/> Medfödda missbildningar och kromosomavvikelser |
| <input type="checkbox"/> Sjukdomar i örat mm | <input type="checkbox"/> Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker |
| <input type="checkbox"/> Cirkulationsorganens sjukdomar | <input type="checkbox"/> Annat tillstånd som ej kan hänföras till något av ovanstående |
| <input type="checkbox"/> Andningsorganens sjukdomar | |

Föreligger psykosociala problem som bedöms ha betydelse för behandlingen?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, vilka?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problem i primärgruppen | <input type="checkbox"/> Ekonomiska problem |
| <input type="checkbox"/> Problem relaterade till den sociala miljön | <input type="checkbox"/> Problem i samband med sjukvård |
| <input type="checkbox"/> Problem i skolan | <input type="checkbox"/> Problem i samband med kriminalitet |
| <input type="checkbox"/> Problem i arbetet | <input type="checkbox"/> Andra psykosociala problem och övriga problem relaterade till livsomständigheter |
| <input type="checkbox"/> Problem i boendet | |

Funktionsskattning

Ange aktuellt värde på symptom-GAF: _____ Ange aktuellt värde på funktions-GAF: _____

Ange aktuell längd: _____ cm

Ange aktuell vikt: _____ kg

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"/> Ensamboende | <input type="radio"/> Bor med andra vuxna |
| <input type="radio"/> Bor med make/maka/sambo | <input type="radio"/> Ej tillämplig |
| <input type="radio"/> Bor med förälder/föräldrar | <input type="radio"/> Uppgift saknas |

Finns det barn under 18 år i hushållet?

- Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten egna barn, oberoende av vårdnadsstatus?

- Ja Nej Uppgift saknas

Nuvarande sysselsättning

Skolgång (besvaras endast för patienter som är 20 år och yngre och som fortfarande går i skolan)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Huvudsakligen i ordinarie skolform utan extra stöd | <input type="radio"/> Särskola/särgymnasium |
| <input type="radio"/> I ordinarie skolform men med extra stöd | <input type="radio"/> Träningskola |
| <input type="radio"/> Anpassad studiegång eller motsvarande | <input type="radio"/> Ingen sysselsättning |
| <input type="radio"/> Särskild skolform, t ex resursskola/skoldaghem eller motsv | <input type="radio"/> 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 för patienter upp till 20 år som inte går i skolan och samtliga patienter över 20 år)

- | | |
|---|---|
| <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 fler än 8, ange beviljande

- Permanent beviljad (motsvarande sjukbidrag/-pension)
 Ej permanent beviljad (motsvarande normal sjukpenning)

Patientens utbildningsnivå

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

Patienten har det senaste året erhållit minst hälften av sin försörjning från:

(besvaras ej för patienter som är 20 år och yngre och fortfarande går i skolan)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Egen försörjning (lönearbete, studiemedel, A-kassa, ålderspension/garantipension) | <input type="radio"/> Anhörig/eget kapital |
| <input type="radio"/> Sjukskrivning/sjukersättning | <input type="radio"/> Övrigt |
| <input type="radio"/> Socialbidrag | <input type="radio"/> Uppgift saknas |

Har patienten utfört en våldsam handling eller ett allvarligt hot mot en annan människa (ex hotat, slagit, skurit, skjutit)?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, hur många?

- 1-2 gånger 3 eller flera gånger

Om ja, har patienten vid något av dessa tillfällen använt något vapen/tillhygge ex. kniv, pistol, basebollträ, cykelkedja eller annan sak avsedd som vapen?

- Ja Nej Uppgift saknas

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

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja:

- Dömd för våldsbrott Dömd för annat brott