



Bipolär Patienter yngre än 18 år

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 16 år och äldre) <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"/> Schizoaffektiva 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 sjukdom eller 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

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

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 av omfattande minst 10 sessioners varaktighet?

- 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
kromosomavvikelse |
| <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"/> Två föräldrar (biologiska, adoptiv- eller
styvföräldrar) | <input type="radio"/> Familjehem |
| <input type="radio"/> Ensam förälder (biologisk, adoptiv- eller
styvförälder) | <input type="radio"/> Bor ensam |
| <input type="radio"/> Delat boende | <input type="radio"/> Bor med make/maka/sambo |
| | <input type="radio"/> Annat (exempelvis bor med kamrat, syskon etc) |
| | <input type="radio"/> Uppgift saknas |

Finns det barn under 18 år i hushållet? OBS! Utöver patienten

Ja Nej Uppgift saknas

Har patienten egna barn, oberoende av vårdnadsstatus?

(besvaras för patienter som är 15 år och äldre)

Ja Nej Uppgift saknas

Nuvarande sysselsättning**Skolgång**

(besvaras för samtliga patienter under 16 år samt för patienter som är 16 år och äldre och som fortfarande går i skolan)

- Huvudsakligen i ordinarie skolform utan extra stöd Särskola/särgymnasium
 I ordinarie skolform men med extra stöd Träningskola
 Anpassad studiegång eller motsvarande Ingen sysselsättning
 Särskild skolform, t ex resursskola/skoldaghem eller motsv Uppgift saknas

Om I ordinarie skolgång med extra stöd, ange vilken typ av stödform?

- Huvudsakligen i ordinarie skolform men med extra stöd, t.ex. speciallärartimmar
 Huvudsakligen i liten grupp, specialundervisning eller assistent

Arbetsliv/studier

(besvaras endast för patienter som är 16 år och äldre och som inte går i skolan)

- Arbete/studier öppna marknaden Uppgift saknas
 > 50% av heltid Ingen sysselsättning
 < eller lika med 50 % av heltid
- Arbetslös/arbetsmarknadsåtgärd
 Skyddad verksamhet
 > 50% av heltid
 < eller lika med 50 % av heltid

Om Skyddad verksamhet, ange vilken typ?

- Arbetsrehabilitering på öppna marknaden Anpassad studieform (mål vidare studier)
 Arbetsrehabilitering i skyddad verksamhet Sysselsättning motsvarande SOL:s definition (dagcenter, brukarklubbar etc)

Sjukdagar

Ange antal sjukdagar det senaste året: _____

Patientens utbildningsnivå

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

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

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

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 någon gång varit omhändertagen enligt LVU pga eget beteende?

(besvaras för patienter som är 14 år och yngre)

- Ja Nej Uppgift saknas

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)

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja:

- Dömd för våldsbrott Dömd för annat brott