



BUSA Patienter 18 år och äldre

Nyregistrering version 2.4

Behandlare _____

Patientens personnr _____ Namn _____

<input type="checkbox"/> Patienten har informerats om och givit samtycke till deltagande i BUSA-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 Typ av AD/HD: <input type="radio"/> Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet i kombination <input type="radio"/> Huvudsakligen uppmärksamhetsstörning ("ADD") <input type="radio"/> Huvudsakligen hyperaktivitet-impulsivitet <input type="radio"/> Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet UNS	
Finns det annan tidigare psykiatrisk sjuklighet? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas	
Om ja, ange diagnosgrupp	
<input type="checkbox"/> Organiska psykosyndrom	<input type="checkbox"/> Mental retardation
<input type="checkbox"/> Missbruk och beroende av substanser samt relaterade syndrom	Autismspektrumstörningar, uppmärksamhetsstörningar och utvecklingsavvikelser
<input type="checkbox"/> Schizofreni	<input type="checkbox"/> - Autismspektrumstörningar
<input type="checkbox"/> Övriga psykotiska syndrom	<input type="checkbox"/> - Utvecklingsavvikelser
<input type="checkbox"/> Bipolära syndrom	<input type="checkbox"/> Övriga tillstånd som debuterar hos barn eller ungdomar
<input type="checkbox"/> Övriga förstämningssyndrom	<input type="checkbox"/> Personlighetsstörningar
<input type="checkbox"/> Ångestsyndrom	<input type="checkbox"/> Övriga specificerade psykiska störningar
<input type="checkbox"/> Maladaptiva stressreaktioner, posttraumatiska tillstånd	<input type="checkbox"/> Andra tillstånd som kan vara föremål för utredning och behandling/åtgärder
<input type="checkbox"/> Somatoforma och dissociativa syndrom	<input type="checkbox"/> Oklar diagnos, kan ej hänföras till någon annan grupp
<input type="checkbox"/> Ätstörningar	
Finns det annan aktuell psykiatrisk sjuklighet? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas	
Om Ja, ange diagnosgrupp	
<input type="checkbox"/> Organiska psykosyndrom	<input type="checkbox"/> Mental retardation
<input type="checkbox"/> Missbruk och beroende av substanser samt relaterade syndrom	Autismspektrumstörningar, uppmärksamhetsstörningar och utvecklingsavvikelser
<input type="checkbox"/> Schizofreni	<input type="checkbox"/> - Autismspektrumstörningar
<input type="checkbox"/> Övriga psykotiska syndrom	<input type="checkbox"/> - Utvecklingsavvikelser
<input type="checkbox"/> Bipolära syndrom	<input type="checkbox"/> Övriga tillstånd som debuterar hos barn eller ungdomar
<input type="checkbox"/> Övriga förstämningssyndrom	<input type="checkbox"/> Personlighetsstörningar
<input type="checkbox"/> Ångestsyndrom	<input type="checkbox"/> Övriga specificerade psykiska störningar
<input type="checkbox"/> Maladaptiva stressreaktioner, posttraumatiska tillstånd	<input type="checkbox"/> Andra tillstånd som kan vara föremål för utredning och behandling/åtgärder
<input type="checkbox"/> Somatoforma och dissociativa syndrom	<input type="checkbox"/> Oklar diagnos, kan ej hänföras till någon annan grupp
<input type="checkbox"/> Ätstörningar	

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, nutritionsrubbingar 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: _____

Beteendeskattning

I kvalitetsregistret anges detaljerad beteendeskattning enligt ASRS-v1.1. Dessa uppgifter behöver alltså bifogas detta underlag.

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 tidigare använt/provat 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 tidigare vanemässigt 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 | <input type="checkbox"/> Alkohol (klar överkonsumtion) |

Är patienten nikotinanvändare?

- Ja Nej

Om ja, ange typ av tobak?

- Rökare Snusare Nikotinplåster eller liknande

Har patienten slagit sönder eller på annat sätt förstört egendom, medvetet eller i affekt, under de senaste 2 åren?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, hur många?

- 1-2 gånger 3 eller flera gånger

<p>Har patienten utfört en våldsam handling eller ett allvarligt hot mot en annan människa (ex hotat, slagit, skurit, skjutit)?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p> <p>Om ja, hur många?</p> <p><input type="radio"/> 1-2 gånger <input type="radio"/> 3 eller flera gånger</p> <p>Har patienten vid något av dessa tillfällen använt något vapen/tillhygge ex. kniv, pistol, basebollträ, cykelkedja eller annan sak avsedd som vapen?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>	
<p>Har patienten under de senaste 12 månaderna blivit dömd till kriminalvård, sluten ungdomsvård eller annan rättslig påföljd?</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>	
<p>Har patienten erhållit vård för psykiatriska besvär tidigare än 6 månader innan registreringsdatum?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>	
<p>Var har tidigare vård för psykiska besvär erhållits?</p> <p><input type="checkbox"/> Inom psykiatrisk/barnpsykiatrisk öppenvård</p> <p><input type="checkbox"/> Inom psykiatrisk/barnpsykiatrisk heldygnsvård</p> <p><input type="checkbox"/> Inom primärvård eller motsvarande eller hos somatisk vårdgivare</p> <p><input type="checkbox"/> Annat</p>	<p>Hur gammal var patienten vid första vårdkontakt för psykiska problem?</p> <p>_____ (ålder i år)</p>
<p>Föreligger familjeanamnes på diagnostiserad AD/HD?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p> <p>Om ja:</p> <p><input type="checkbox"/> Biologisk far <input type="checkbox"/> Biologiskt hel-/halvsyskon <input type="checkbox"/> Släktingar på fars sida</p> <p><input type="checkbox"/> Biologisk mor <input type="checkbox"/> Släktingar på mors sida <input type="checkbox"/> Egna barn</p>	
<p>Föreligger familjeanamnes på AD/HD-liknande symptom?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p> <p>Om ja:</p> <p><input type="checkbox"/> Biologisk far <input type="checkbox"/> Biologiskt hel-/halvsyskon <input type="checkbox"/> Släktingar på fars sida</p> <p><input type="checkbox"/> Biologisk mor <input type="checkbox"/> Släktingar på mors sida <input type="checkbox"/> Egna barn</p>	
<p>Ange patientens huvudsakliga boende under det senaste året</p> <p><input type="radio"/> Ordinärt boende <input type="radio"/> Saknar bostad</p> <p><input type="radio"/> Ordinärt boende med beviljade stödinsatser <input type="radio"/> Uppgift saknas</p> <p><input type="radio"/> Stödboende</p> <p>Om stödboende, vilken typ?</p> <p><input type="radio"/> Permanent boende (enligt SoL eller LSS) med personal hela dygnet</p> <p><input type="radio"/> Permanent boende (enligt Sol) med personal del av dygnet</p> <p><input type="radio"/> Korttidsboende (på behandlingshem, HVB, SIS-institution, utslussningsboende el dyl)</p>	
<p>Ange hushållets sammansättning</p> <p><input type="radio"/> Ensamboende <input type="radio"/> Bor med andra vuxna</p> <p><input type="radio"/> Bor med make/maka/sambo <input type="radio"/> Ej tillämplig</p> <p><input type="radio"/> Bor med förälder/föräldrar <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>	
<p>Finns det barn under 18 år i hushållet?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>	
<p>Har patienten egna barn, oavsett vårdnadsstatus?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Uppgift saknas</p>	

Nuvarande sysselsättning**Skolgång**

(besvaras endast för patienter som är 20 år och yngre 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 för patienter upp till 20 år som inte går i skolan och samtliga patienter över 20 år)

- 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?

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

Sjukdagar

Ange antal sjukdagar det senaste året: _____

Om fler än 8, ange beviljande

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

Patientens utbildningsnivå

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

- Egen försörjning (lönearbete, studiemedel, A-kassa, ålderspension/garantipension) Anhörig / eget kapital
 Sjukskrivning/sjukersättning Övrigt
 Socialbidrag Uppgift saknas

Har patienten testmässigt bedömts kognitivt?

- Ja Nej

Årtal för senaste testning? _____

Metodik?

- WPPSI WAIS-R Leiter -R
 WISC-III Griffith Ravens matriser
 Annat test, vilket? _____

Vilken allmän kognitiv funktionsnivå bedöms patienten ha?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Högbegåvad (IK 130-) | <input type="radio"/> Lågbegåvad inom normalzonen (IK 70-84) |
| <input type="radio"/> Vålbegåvad (IK 115-129) | <input type="radio"/> Under normalzonen |
| <input type="radio"/> Väl normalbegåvad (IK 100-114) | <input type="radio"/> Svårbedömd (ex vid ojämna testresultat) |
| <input type="radio"/> Normalbegåvad (IK 85-99) | <input type="radio"/> Bedömd som normalbegåvad, ej testad |

Ange aktuell längd: _____ cm

Ange aktuell vikt: _____ kg

Ange aktuellt blodtryck: _____ / _____ (mm/Hg)

Ange aktuell puls: _____ (pulsslag/min)

Har patienten på indikation AD/HD erhållit icke-farmakologiska stöd- och behandlingsinsatser?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, från den registrerande enheten under det senaste året | <input type="checkbox"/> Ja, längre tillbaka än ett år (oberoende av enhet) |
| <input type="checkbox"/> Ja, från annan enhet under det senaste året | <input type="checkbox"/> Nej |

Om från den registrerande enheten under det senaste året - vilka?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Samtalsstöd/rådgivning till föräldrar/anhöriga | <input type="checkbox"/> Gruppterapi för individ, huvudsakligen psykodynamiskt inriktad |
| <input type="checkbox"/> Familjeterapi | <input type="checkbox"/> Gruppterapi för individ, huvudsakligen kognitiv/KBT |
| <input type="checkbox"/> "Parent Management Training" (ex COPE, Webster-Stratton, Barkley) | <input type="checkbox"/> Gruppterapi för individ, övrigt, vilken typ? (friv) |
| <input type="checkbox"/> Föräldragrupp, annan | |
| <input type="checkbox"/> Anhörigutbildning | |
| <input type="checkbox"/> Individualterapi, huvudsakligen psykodynamisk | <input type="checkbox"/> Beteendeterapi (ART etc) |
| <input type="checkbox"/> Individualterapi, huvudsakligen kognitiv/KBT | <input type="checkbox"/> Patientutbildning |
| <input type="checkbox"/> Individualterapi, övrigt, vilken typ? (friv) | <input type="checkbox"/> Annat för individ Vad? |

-
- Samtalsstöd/rådgivning för individ

Om från annan enhet under det senaste året - vilka?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Samtalsstöd/rådgivning till föräldrar/anhöriga | <input type="checkbox"/> Samtalsstöd/rådgivning för individ |
| <input type="checkbox"/> Familjeterapi | <input type="checkbox"/> Gruppterapi för individ, huvudsakligen psykodynamiskt inriktad |
| <input type="checkbox"/> "Parent Management Training" (ex COPE, Webster-Stratton, Barkley) | <input type="checkbox"/> Gruppterapi för individ, huvudsakligen kognitiv/KBT |
| <input type="checkbox"/> Föräldragrupp, annan | <input type="checkbox"/> Gruppterapi för individ, övrigt |
| <input type="checkbox"/> Anhörigutbildning | <input type="checkbox"/> Beteendeterapi (ART etc) |
| <input type="checkbox"/> Individualterapi, huvudsakligen psykodynamisk | <input type="checkbox"/> Patientutbildning |
| <input type="checkbox"/> Individualterapi, huvudsakligen kognitiv/KBT | <input type="checkbox"/> Annat för individ |
| <input type="checkbox"/> Individualterapi, övrigt | |

Om längre tillbaka än ett år - vilka?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Samtalsstöd/rådgivning till föräldrar/anhöriga | <input type="checkbox"/> Samtalsstöd/rådgivning för individ |
| <input type="checkbox"/> Familjeterapi | <input type="checkbox"/> Gruppterapi för individ, huvudsakligen psykodynamiskt inriktad |
| <input type="checkbox"/> "Parent Management Training" (ex COPE, Webster-Stratton, Barkley) | <input type="checkbox"/> Gruppterapi för individ, huvudsakligen kognitiv/KBT |
| <input type="checkbox"/> Föräldragrupp, annan | <input type="checkbox"/> Gruppterapi för individ, övrigt |
| <input type="checkbox"/> Anhörigutbildning | <input type="checkbox"/> Beteendeterapi (ART etc) |
| <input type="checkbox"/> Individualterapi, huvudsakligen psykodynamisk | <input type="checkbox"/> Patientutbildning |
| <input type="checkbox"/> Individualterapi, huvudsakligen kognitiv/KBT | <input type="checkbox"/> Annat för individ |
| <input type="checkbox"/> Individualterapi, övrigt | |

Har patienten på indikation AD/HD under det senaste året erhållit följande behandlingsinsatser?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sociala stödinsatser - vårdbidrag | <input type="checkbox"/> Sociala stödkontakter - annat/LSS - Vad? |
| <input type="checkbox"/> Sociala stödinsatser - kontaktperson/-familj/LSS | |
| <input type="checkbox"/> Sociala stödinsatser - kontaktperson/-familj/SoL | <input type="checkbox"/> Sociala stödkontakter - annat/SoL - Vad? |
| <input type="checkbox"/> Sociala stödkontakter - familjehem/LSS | |
| <input type="checkbox"/> Sociala stödkontakter - familjehem/SoL | <input type="checkbox"/> Inget av ovanstående/Uppgift saknas |

Har patienten tidigare behandlats med läkemedel på indikationen AD/HD?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, ange årtal för första insättning av behandling: _____

Ange preparat

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Concerta | <input type="checkbox"/> Tricykliskt antidepressiva, vilket?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Ritalin (snabbverkande) | <input type="checkbox"/> Annat registrerat preparat, vilket?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Ritalin endoskapslar | <input type="checkbox"/> Licenspreparat, vilket ?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Ritalina SR | <input type="checkbox"/> Naturläkemedel, vilket?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Metamina | |
| <input type="checkbox"/> Amfetamin | |
| <input type="checkbox"/> Atomoxetin | |
| <input type="checkbox"/> Klonidin | |

Behandlas patienten för närvarande med läkemedel på indikationen AD/HD?

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, när inleddes *aktuell* behandlingsperiod? _____ (åååå-mm-dd)

Ange preparat

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Concerta | <input type="checkbox"/> Tricykliskt antidepressiva, vilket?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Ritalin (snabbverkande) | <input type="checkbox"/> Annat registrerat preparat, vilket?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Ritalin endoskapslar | <input type="checkbox"/> Licenspreparat, vilket ?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Ritalina SR | <input type="checkbox"/> Naturläkemedel, vilket?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Metamina | |
| <input type="checkbox"/> Amfetamin | |
| <input type="checkbox"/> Atomoxetin | |
| <input type="checkbox"/> Klonidin | |

Behandlas patienten regelbundet även med annat läkemedel, som har effekter på centrala nervsystemet?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antiepileptika/Stämningsstabiliserande medel | <input type="checkbox"/> Psykostimulantia |
| <input type="checkbox"/> Neuroleptika | <input type="checkbox"/> Annat |
| <input type="checkbox"/> Lugnande medel, ataraktika, sömnmedel | <input type="checkbox"/> Ingen behandling |
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva medel | |

Ange tillämpligt alternativ för varje vald läkemedelsgrupp

Antiepileptika/stämningsstabiliserande

- | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fenobarbital | <input type="checkbox"/> Klonazepam | <input type="checkbox"/> Vigabatrin | <input type="checkbox"/> Gabapentin |
| <input type="checkbox"/> Primidon | <input type="checkbox"/> Karbamazepin | <input type="checkbox"/> Lamotrigin | <input type="checkbox"/> Levetiracetam |
| <input type="checkbox"/> Fenytoin | <input type="checkbox"/> Oxkarbamazepin | <input type="checkbox"/> Felbamat | <input type="checkbox"/> Litium |
| <input type="checkbox"/> Etosuximid | <input type="checkbox"/> Valproat | <input type="checkbox"/> Topiramet | |
| <input type="checkbox"/> Annat, ange vilket? _____ | | | |

Neuroleptika

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Klorpromazin | <input type="checkbox"/> Perfenazin | <input type="checkbox"/> Flupentixol | <input type="checkbox"/> Risperidon |
| <input type="checkbox"/> Levomepromazin | <input type="checkbox"/> Tioridazin | <input type="checkbox"/> Kloprotixen | <input type="checkbox"/> Sertindol |
| <input type="checkbox"/> Alimemazin | <input type="checkbox"/> Haloperidol | <input type="checkbox"/> Zuklopentixol | <input type="checkbox"/> Quetiapin |
| <input type="checkbox"/> Dixyrazin | <input type="checkbox"/> Melperon | <input type="checkbox"/> Klozapin | <input type="checkbox"/> Aripiprazol |
| <input type="checkbox"/> Flufenazin | <input type="checkbox"/> Ziprasidon | <input type="checkbox"/> Olanzapin | |
| <input type="checkbox"/> Annat, ange vilket? _____ | | | |

Lugnande medel, ataraktika, sömnmedel

- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alprazolam | <input type="checkbox"/> Flunitrazepam | <input type="checkbox"/> Oxazepam | <input type="checkbox"/> Zaleplon |
| <input type="checkbox"/> Buspiron | <input type="checkbox"/> Lorazepam | <input type="checkbox"/> Propiomazin | <input type="checkbox"/> Zolpidem |
| <input type="checkbox"/> Diazepam | <input type="checkbox"/> Nitrazepam | <input type="checkbox"/> Triazolam | <input type="checkbox"/> Zopiklon |
| <input type="checkbox"/> Annat, ange vilket? _____ | | | |

Antidepressiva

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

Psykostimulantia

- | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Modafinil | <input type="checkbox"/> Koffein | <input type="checkbox"/> Piracetam |
| <input type="checkbox"/> Annat, ange vilket? _____ | | |

Andra preparat

- Annat registrerat preparat, vilket? _____
- Annat licenspreparat, vilket? _____