

Självskattningsskala för värdering av läkemedelsbehandling

UKU-SERS-Pat - Sammanfattningsformulär

(Nord J Psychiatry 2001;55, Supplement 44:5-10)

TEXTA LÄSLIGT		ANVÄND KULSPETSPENNA				BESVARA ALLA FRÅGOR				
Patientens namn (init.)	<input type="text"/>	Kön	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Patient nr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Datum	<input type="text"/>	År	<input type="text"/>	Mån	<input type="text"/>	Dag	<input type="text"/>	Kl	<input type="text"/>	
		Tim	<input type="text"/>	Min	<input type="text"/>	Skattning nr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<p>SÄTT KRYSS I RUTAN FÖR SVÅRIGHETSGRAD. DE FYRA RESPONSALTERNATIVEN I PATIENTFORMULÄRET MOTSVARAR SVÅRIGHETSGRADERNA (0-1-2-3). Anteckning om eventuellt orsakssamband bör inhämtas efter det att patienten fyllt i självskattningsskalan.</p>										
Item nr	Symptom	Sak nas	Grad senaste dagarna					Orsaks-samband		
			9	0	1	2	3	Osann	Möjligt	Sann
1.	Psykiska biverkningar									
1.1	Koncentrationsstörningar									
1.2	Asteni, trötthet, ökad uttrötthet									
1.3	Sömnighet, sedering									
1.4	Minnesstörningar									
1.5	Nedstämdhet - depression									
1.6	Spänning, inre oro									
1.7	Ökad sömn									
1.8	Minskad sömn									
1.9	Ökad drömmaktivitet									
1.10	Emotionell indifferens									
2.	Neurologiska biverkningar									
2.1	Dystoni									
2.2	Rigiditet									
2.3	Hypokinesi/Akinesi									
2.4	Hyperkinesi									
2.5	Tremor									
2.6	Akathisi									
2.7	Epilepsi									
2.8	Parestesier									
2.9	Huvudvärk									
3.	Autonoma biverkningar									
3.1	Ackomodationssvårigheter									
3.2	Ökad salivsekretion									
3.3	Nedsatt salivsekretion, muntorrhet									
3.4	Illamående, kräkningar									
3.5	Diarré									
3.6	Obstipation									
3.7	Svårigheter att kasta vatten									
3.8	Polyuri, polydipsi									
3.9	Ortostatisk yrsel									
3.10	Palpitationer, takykardi									
3.11	Ökad svettendens									

Namn (initialer):

Datum: Klockan:

Självskattningsskala för värdering av läkemedelsbehandling UKU-SERS-Pat - Patientformulär

(Nord J Psychiatry 2001;55, Supplement 44:5-10)

Vi önskar få veta hur Du upplever den medicinering som Du får. För varje symptom/besvär som anges nedan ber vi Dig kryssa för det alternativ som bäst motsvarar tillståndet under de senaste ____ dagarna (veckorna). Kryssa inte för något alternativ, om Du av någon orsak inte kan svara på en fråga.

Psykiska funktioner

- 1.1 Har Du svårighet att samla tankarna eller att förstå sammanhanget när Du läser, samtalar, ser på TV eller lyssnar på radio?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

- 1.2 Känner Du trötthet, blir Du fort uttröttad eller måste Du vila ofta för att orka fortsätta vad Du håller på med?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

- 1.3 Känner Du Dig mer sömning än vanligt eller har Du svårt att hålla Dig vaken under dagen?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

- 1.4 Har Du märkt att Du är mer glömsk än vanligt, att Du inte kommer ihåg enkla saker eller att minnet sviker Dig?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

- 1.5 Har Du en känsla av ledsenhet, nedstämdhet, håglöshet/modlöshet eller meningslöshet?
- Inte alls
 - Något mer än vanligt
 - Mer än vanligt
 - Mycket mer än vanligt
- 1.6 Känner Du Dig nervös, orolig, spänd eller har Du svårt att slappna av?
- Inte alls
 - Något mer än vanligt
 - Mer än vanligt
 - Mycket mer än vanligt
- 1.7 Sover Du mer eller längre eller tyngre än vanligt?
- Inte alls
 - Något mer än vanligt
 - Mer än vanligt
 - Mycket mer än vanligt
- 1.8 Sover Du mindre eller lättare än vanligt?
- Inte alls
 - Något mer än vanligt
 - Mer än vanligt
 - Mycket mer än vanligt
- 1.9 Drömmer Du mer eller livligare än vanligt?
- Inte alls
 - Något mer än vanligt
 - Mer än vanligt
 - Mycket mer än vanligt
- 1.10 Har Du en känsla av likgiltighet eller apati inför vad som händer omkring Dig?
- Inte alls
 - Något mer än vanligt
 - Mer än vanligt
 - Mycket mer än vanligt

2. Neurologiska biverkningar

- 2.1 Har Du fått besvär av muskelsmär, muskelspänning eller muskelkramper någonstans i kroppen?
- Inte alls
 - Lätta, enstaka tillfällen
 - Måttliga, ja definitivt
 - Svåra, ofta förekommande
- 2.2 Har Du fått besvär med stelhet i musklerna eller vid rörelse?
- Inte alls
 - Lätta, enstaka tillfällen
 - Måttliga, ja definitivt
 - Svåra, ofta förekommande
- 2.3 Har Du besvär med att komma igång med rörelser eller att Du rör Dig långsammare än vanligt?
- Inte alls
 - Något mer än vanligt
 - Mer än vanligt
 - Mycket mer än vanligt
- 2.4 Besväras Du mer än vanligt av ofrivilliga rörelser, t.ex. i huvudet, ansiktet, armar, ben eller bål?
- Inte alls
 - Ja, någon gång
 - Ja, måttliga besvär, rätt ofta
 - Ja, nästan jämt
- 2.5 Besväras Du mer än vanligt av darrningar eller skakningar i händer, fötter eller i övrigt?
- Inte alls
 - Någon gång
 - Ofta
 - Nästan jämt
- 2.6 Har Du märkt ett ökat behov av att vara i rörelse, vandra omkring eller att Du har svårt att sitta stilla eller att stå stilla på ett ställe?
- Inte alls
 - Någon gång
 - Ofta
 - Nästan jämt

2.7 Har Du haft något anfall då Du känner Dig frånvarande för en kort stund, eller haft krampanfall och samtidigt varit avsvimmad (epilepsiliknande anfall)?

- Inte alls
- Enstaka tillfälle
- Flera tillfällen
- Dagligen, flera gånger per dag

2.8 Besväras Du mer än vanligt av stickningar, krypningar eller brännande känsla i skinnet någonstans på kroppen?

- Inte alls
- Någon gång
- Ja, ofta
- Nästan jämnt

2.9 Har Du besvär av huvudvärk oftare eller svårare än vanligt?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt eller svårare än vanligt

3. Autonoma biverkningar

3.1 Besväras Du mer än vanligt av svårigheter att se på nära håll, t.ex. att läsa tidningstext, att skriva för hand, att handarbeta med sömnad, broderi, stickning, virkning eller liknande?

- Inte alls
- Viss svårighet
- Klarar bara stor text eller att handarbeta med större föremål
- Kan inte läsa eller handarbeta alls

3.2 Besväras Du av ökad salivavsöndring?

- Inte alls
- Ökat men utgör inga problem
- Måste spotta ofta
- Svåra besvär, måste torka mig om munnen, kudden blir blöt under sömn

3.3 Besväras Du av muntorrhet?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

- 3.4 Besväras Du av illamående och/eller kräkningar?
- Inte alls
 - Något illamående
 - Ordentligt illamående
 - Kräkts eller vill kräkas
- 3.5 Har avföringen varit lösare än normalt eller har Du haft diarré?
- Inte alls
 - Något, men inga problem
 - Måste gå ofta på toaletten
 - Diarre, svårt att hålla avföringen
- 3.6 Besväras Du av trög avföring eller förstoppning?
- Inte alls
 - Något trög i magen
 - Mycket trög i magen
 - Helt förstoppad, måste laxera
- 3.7 Har Du besvär med att kasta vatten?
- Inte alls
 - Svårt att komma igång
 - Svag stråle, tar längre tid än vanligt
 - Kan inte kasta vatten, måste få hjälp
- 3.8 Måste Du kasta vatten oftare än vanligt och dricka vatten oftare än vanligt?
- Inte alls
 - Ja, något oftare än vanligt, måste gå upp om natten oftare än vanligt
 - Ja, kastar vatten flera gånger dagligen, ofta törstig
 - Ja, mycket ofta, även om natten, dricker mycket vatten
- 3.9 Besväras Du av yrsel, svimningskänsla eller att det svartnar för ögonen när Du reser Dig upp från liggande ställning?
- Inte alls
 - Ibland men kan stå upp utan problem
 - Måste sitta en stund och resa mig långsamt
 - Har svårt att stå upprätt pga svimningskänsla
- 3.10 Besväras Du av hjärtklappning eller oregelbundna hjärtslag?
- Inte alls
 - Enstaka tillfällen, inte särskilt besvärande
 - Ofta, besvärande
 - Mycket ofta, mycket besvärande

3.11 Har Du besvär med ökad svettning på bålen?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

4. Andra biverkningar

4.1 Har Du eller har Du haft hudutslag

- Inte alls
- Några lättare utslag på begränsad del av kroppen
- Utslag på hel kroppsdel
- Utslag på större delen av kroppen

4.2 Besväras Du av klåda?

- Inte alls
- Lätt klåda
- Svår klåda
- Mycket svår klåda, måste ständigt klia mig

4.3 Har Du märkt ökad känslighet för solljus (hudrodnad, kraftig solbränna)?

- θ Nej, inte alls
- θ Lätt ökad känslighet, men inte besvärande
- θ Märkbart ökad känslighet, besvärande
- θ Kraftigt ökad känslighet, måste sluta med medicinera

4.4 Har Du märkt brun eller annan missfärgning (pigmentinlagring) av huden, speciellt på belysta hudpartier?

- θ Nej, inte alls
- θ Något ökad missfärgning
- θ Märkbart ökad missfärgning
- θ Så märkbar missfärgning att andra personer anmärker på det

4.5 Har Du ökat i vikt under senaste månaden?

- θ Nej, inte alls
- θ Ökat 1-2 kg
- θ Ökat 3-4 kg
- θ Ökat mer än 4 kg

4.6 Har Du tappat vikt under senaste månaden?

- Nej, inte alls
- Tappat 1-2 kg
- Tappat 3-4 kg
- Tappat mer än 4 kg

4.9 Har Du märkt om det kommer mjölk från bröstet?

- Inte alls
- Något lite
- Ja, men inte särskilt besvärande
- Mycket, fläckar underkläderna

4.10 Känner Du spänningar i bröstet eller har bröstet blivit större?

- Inte alls
- Spänningar förekommer, bröstet något större
- Spränger i bröstet, som är klart större än vanligt
- Bröstet mycket förstorade

4.11 Har Du märkt ökat sexuellt intresse eller ökad sexuell lust?

- Inte alls
- Något mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

4.12 Har Du märkt ett avtagande sexuellt intresse eller sexuell lust?

- Inte alls
- Något mindre än vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt

Besvaras endast av kvinnor

4.7a Har Du haft rikligare blödning än vanligt vid senaste menstruation?

- Inte alls
- Något rikligare än vanligt
- Rikligare än vanligt
- Mycket omfattande blödning

4.7b Har Du haft flytning eller blödning mellan menstruationerna?

- Inte alls
- Mindre flytning/blödning vid något tillfälle
- Ordentlig flytning/blödning vid något tillfälle
- Ofta flytning/blödning mellan menstruationerna

4.8 Har Du haft mindre blödning än vanligt vid senaste menstruation?

- Inte alls
- Något mindre än vanligt
- Mindre än vanligt
- Menstruationen uteblivit

4.15 Har Du märkt någon påverkan på förmågan att få orgasm?

- Inte alls
- Något svårare än vanligt
- Svårare än vanligt
- Mycket svårt, får nästan aldrig orgasm

4.16 Har Du besvär med torrhet i slidan i samband med samlag?

- Inte alls
- Något torrare än vanligt
- Torrare än vanligt
- Mycket torrare än vanligt, måste använda glidmedel

Endast män

4.13 Har Du svårt att få resning (stånd)?

- Nej
- Något svårare än vanligt
- Svårare än vanligt
- Kan inte få resning (stånd)

4.14a Har Du svårt att att få utlösning?

- Inte alls
- Något fördröjd utlösning
- Mycket fördröjd
- Avsaknad av utlösning

4.14b Besväras Du av för tidig sädesavgång?

- Inte alls
- Något för tidig
- Mycket för tidig
- Spontan sädesavgång (går av sig självt)