

◆ Vilken är patientens aktuella ätstörningsdiagnos?

	<u>Svårighetsgrad</u>	
<input type="checkbox"/> Anorexia nervosa med självsvält	Fylls ej i för Barn & ungdom För vuxna:	<input type="checkbox"/> I partiell remission: Samtliga kriterier för anorexia nervosa har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har kriterium A (låg kroppsvikt) inte längre varit uppfyllt. Däremot är antingen kriterium B (intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, eller ett beteende som förhindrar viktökning) eller kriterium C (störd kroppsupplevelse med avseende på vikt eller form) fortfarande uppfyllt.
<input type="checkbox"/> Anorexia nervosa med hetsätning/ självrensning	<input type="checkbox"/> Lindrig, BMI ≥ 17 <input type="checkbox"/> Medelsvår, BMI 16 - 16.99 <input type="checkbox"/> Svår, BMI 15 - 15.99 <input type="checkbox"/> Mycket svår, BMI < 15	<input type="checkbox"/> I fullständig remission: Samtliga kriterier för anorexia nervosa har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Atypisk anorexia nervosa		<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Bulimia nervosa → ange svårighetsgrad	Ange antal episoder med olämpliga kompensatoriska beteenden/vecka <input type="checkbox"/> Lindrig, i snitt 1-3 st <input type="checkbox"/> Medelsvår, i snitt 4-7 st <input type="checkbox"/> Svår, i snitt 8-13 st <input type="checkbox"/> Mycket svår, i snitt 14 eller fler	<input type="checkbox"/> I partiell remission: samtliga kriterier för bulimia nervosa har tidigare varit uppfyllda. Några, dock inte alla kriterier har under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) fortfarande varit uppfyllda. <input type="checkbox"/> I fullständig remission: samtliga kriterier för bulimia nervosa har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda
<input type="checkbox"/> Bulimia nervosa med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet		<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Hetsätningsstörning → ange svårighetsgrad	Ange antal hetsätningsepisoder per vecka <input type="checkbox"/> Lindrig, 1-3 st <input type="checkbox"/> Medelsvår, 4-7 st <input type="checkbox"/> Svår, 8-13 st <input type="checkbox"/> Mycket svår, 14 eller fler	<input type="checkbox"/> I partiell remission: samtliga kriterier för hetsätningsstörning har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har emellertid hetsätningsepisoder förekommit i genomsnitt mer sällan än en gång i veckan. <input type="checkbox"/> I fullständig remission: samtliga kriterier för hetsätningsstörning har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda
<input type="checkbox"/> Hetsätningsstörning med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet		<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID)		<input type="checkbox"/> I remission: Kriterierna för undvikande/ restriktiv ätstörning har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Idisslande		<input type="checkbox"/> I remission: Kriterierna för Idisslande har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Pica		<input type="checkbox"/> I remission: Kriterierna för Pica har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Natligt ätande		<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Självrensning		<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Ospecificerad ätstörning		<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.

◆ Har en semistrukturerad intervju använts vid fastställande av ätstörningsdiagnos?

- Ja Nej Uppgift saknas
- ↳ Om ja, vilken? SCID-intervju EDE-intervju Annan

◆ Ange datum för behandlingsstart: _____

- Demografi -

Frågor kring boende: Avser de senaste 30 dagarna. Om patienten vistats tillfälligt på annan plats tex på kriminalvårdsanstalt eller sjukhus under de senaste 30 dagarna avser frågan de senaste 30 dagarna före vistelsen

◆ Hur bor patienten? I egen bostad Är inneboende Är hemlös Uppgift saknas

- I egen bostad: Avser boende med eget kontrakt, med andrahandskontrakt, i bostadsrättslägenhet eller eget hus, i kollektiv, hos föräldrar eller andra släktingar

- Är inneboende: Avser person som hyr eller på annat sätt får använda en del av någon annans bostad under en längre tid utan att ha gemensamt hushåll med värden.

- Är hemlös: Avser person som saknar egen bostad, och som inte stadigvarande bor inneboende eller i andra hand, och som är hänvisad till tillfälliga platser att bo på eller är uteliggare.

◆ Bor patienten tillsammans med andra?

- Ja Nej Uppgift saknas
- | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Partner | <input type="checkbox"/> Föräldrar |
| <input type="checkbox"/> Barn | <input type="checkbox"/> Annan vuxen |

◆ Vilken är patientens huvudsakliga sysselsättning? Avser de senaste 12 månaderna.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arbete på den reguljära arbetsmarknaden ¹ | <input type="checkbox"/> Arbetssökande med arbetsmarknadsåtgärder |
| <input type="checkbox"/> Arbete inom skyddad sysselsättning | <input type="checkbox"/> Sjukskriven med arbetslivsrehabiliterande åtgärd ³ |
| <input type="checkbox"/> Saknar arbete på reguljära arbetsmarknaden | <input type="checkbox"/> Är ålderspensionär |
| <input type="checkbox"/> Studier med särskilt stöd eller anpassad studiegång ² | <input type="checkbox"/> Studier utan särskilt stöd eller anpassad studiegång ² |
| <input type="checkbox"/> Studier på grundsärskola, gymnasiesärskola eller sörvux ² | <input type="checkbox"/> Annan sysselsättning |
| <input type="checkbox"/> Arbetssökande utan arbetsmarknadsåtgärder | <input type="checkbox"/> Saknar regelbunden sysselsättning utanför hemmet |
| | <input type="checkbox"/> Uppgift saknas |

1) Avser även patienter som är sjukskrivna från ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden, eventuellt med arbetsrehabiliterande åtgärder, och patienter som har lönebidrag samt patienter med egna företag.

2) Avser studier inom grundskola, gymnasium, högskola och universitet eller motsvarande, oavsett om patienten har särskilt stöd eller anpassad studiegång. Avser även patienter som är sjukskrivna från studier.

3) Är sjukskriven med arbetslivsrehabiliterande åtgärder utan att ha arbete på den reguljära arbetsmarknaden: Avser bland annat långtidssjukskrivna.

- ◆ **Hur mycket arbetar eller studerar patienten:** Arbetar 50% eller mer Studerar 50% eller mer
 Arbetar mindre än 50% Studerar mindre än 50%

- ◆ **Är patienten för närvarande sjukskriven?** Ange närmaste värde
 Ja, 25% Ja, 50% Ja, 75% Ja, 100% Nej

◆ **Vilken har varit patientens huvudsakliga inkomstkälla under de senaste 12 månaderna?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inkomst av lönearbete eller från arbete i eget företag | <input type="checkbox"/> Ersättning för att delta i arbetsmarknadspolitiskt program |
| <input type="checkbox"/> Ålderspension eller garantipension | <input type="checkbox"/> Arbetslöshetsersättning |
| <input type="checkbox"/> Studiestöd | <input type="checkbox"/> Föräldrapenning |
| <input type="checkbox"/> Sjukpenning | <input type="checkbox"/> Sjukersättning |
| <input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning | <input type="checkbox"/> Försörjningsstöd |
| <input type="checkbox"/> Försörjning från närstående | <input type="checkbox"/> Egna tillgångar |
| <input type="checkbox"/> Annan inkomstkälla | <input type="checkbox"/> Uppgift saknas |

◆ **Vilken är patientens högsta uppnådda utbildningsnivå?**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ej fullföljd grundskola | Ej fullföljt grundskoleutbildning eller motsvarande förgymnasial utbildning: Avser även icke fullföljd utbildning vid folkskola, realskola och grundsärskola. |
| <input type="checkbox"/> Fullföljd grundskola | Har fullföljt grundskoleutbildning eller motsvarande förgymnasial utbildning: Avser även utbildning vid folkskola, realskola och grundsärskola, liksom icke fullföljd gymnasieutbildning. |
| <input type="checkbox"/> Fullföljt gymnasium | Har fullföljt gymnasieutbildning eller motsvarande utbildning: Avser bland annat utbildning på två-, tre-, eller fyraårigt gymnasium, gymnasieutbildning på folkhögskola, utbildning på gymnasiesärskola eller utbildning på yrkesskola. |
| <input type="checkbox"/> Fullföljd eftergymnasial utbildning, mindre än 3 år | Har fullföljt eftergymnasial utbildning kortare än 3 år: Avser framför allt utbildning på högskola eller universitet. |
| <input type="checkbox"/> Fullföljd eftergymnasial utbildning, 3 år eller mer | Har fullföljt eftergymnasial utbildning om minst 3 år: Avser framför allt utbildning på högskola eller universitet. |
| <input type="checkbox"/> Uppgift saknas | |

- ◆ **Är patienten gravid eller har nyligen fött barn:** Ja Nej

- Ätstörningsrelaterade frågor -

◆ Hur gammal var patienten när svårigheterna kring ätande och kropp började påverka livet på ett påtagligt sätt? _____ år

◆ Ange aktuell vikt: _____ kg

Vikt saknas.

◆ Ange aktuell längd: _____ cm

Längd saknas

◆ Om längd eller vikt saknas, **Enligt din bedömning är patienten**

Underviktig Normalviktig Överviktig Kan ej bedömas/uppgift saknas

◆ Har vägningen och mätningen skett på enheten/mottagningen?

Ja, både vikt och längd

Ja, bara vikt

Ja, bara längd

Nej

◆ Vilken är patientens lägsta vikt efter sjukdomsdebuten? _____ kg

◆ Ange ålder vid lägsta vikt efter sjukdomsdebut: _____ år

◆ Vilken är patientens högsta vikt någonsin (gravitet ej inräknad)? _____ kg

◆ Ange ålder vid högsta vikt någonsin: _____ år

◆ Har patienten haft tidigare vårdkontakter för ätstörning har patienten?

Detta är första vårdkontakten för ätstörning

Tidigare enstaka vårdkontakter för ätstörning

Tidigare behandling för ätstörning

—————> Vilket årtal var senaste ätstörningsbehandling? _____

Uppgift saknas

◆ Har patienten besvarat EDE-Q?

Ja → skriv in EDE-Q totalpoäng och delskalor: —————>

Nej

Totalpoäng: _____

Återhållsamhet: _____

Figurbekymmer: _____

Ätbekymmer: _____

Viktbekymmer: _____

◆ Har patienten besvarat CIA? Ja, vänligen skriv in den summerade totalpoängen: _____

Nej

◆ **Finns det fastställd psykiatrisk samsjuklighet?** Ja (ange nedan) Nej Uppgift saknas

<p>Alkohol-, drog- eller läkemedelsmissbruk (F10-F19) Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> alkohol (F10) <input type="checkbox"/> opiater (F11) <input type="checkbox"/> cannabis (F12) <input type="checkbox"/> sedativa och hypnotika (F13) <input type="checkbox"/> kokain (F14) <input type="checkbox"/> andra stimulantia, däribland koffein (F15) <input type="checkbox"/> hallucinogener (F16) <input type="checkbox"/> tobak (F17) <input type="checkbox"/> flyktiga lösningsmedel (F18) <input type="checkbox"/> flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser (F19) 	<p>Depressionstillstånd (F30-F39)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Manisk episod (F30) <input type="checkbox"/> Bipolär sjukdom (F31) <input type="checkbox"/> Depressiv episod (F32) <input type="checkbox"/> Recidiverande depressioner (F33) <input type="checkbox"/> Kroniska förstämningssyndrom (F34) <input type="checkbox"/> Andra förstämningssyndrom (F38) <input type="checkbox"/> Ospecificerade förstämningssyndrom (F39) 	<p>Ångestsyndrom (F40-F43, F93)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Specifik Fobi (F40.2) <input type="checkbox"/> Social ångest (F40.1) <input type="checkbox"/> Paniksyndrom (F41.0) <input type="checkbox"/> Agorafobi (F40.0) <input type="checkbox"/> Tvångssyndrom (F42) <input type="checkbox"/> Generaliserat ångestsyndrom (F41.1) <input type="checkbox"/> Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress tex PTSD (F43) <input type="checkbox"/> Emotionella störningar med debut särskilt under barndomen (F93)
<p style="text-align: center;">Utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser (F84.0, F90, F98.8)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Autism (F84.0) <li style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Andra specificerade beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid (F98.8) <li style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> ADHD (F90) 		
<p style="text-align: center;">Personlighetssyndrom (F60)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Paranoid, personlighetssyndrom (F60.0) <li style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Emotionellt instabil, personlighetssyndrom (F60.3) <li style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Ängslig, personlighetssyndrom (F60.6) <li style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Schizoid, personlighetssyndrom (F60.1) <li style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Histrionisk, personlighetssyndrom (F60.4) <li style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Osjälvständig, personlighetssyndrom (F60.7) <li style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Schizotyp, personlighetssyndrom (F21) <li style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Narcissistisk, personlighetssyndrom (F60.8) <li style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Andra specificerade pers.syndrom (F60.8) <li style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Antisocial, personlighetssyndrom (F60.2) <li style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Tvångsmässig, personlighetssyndrom (F60.5) <li style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Personlighetssyndrom, ospecificerad (F60.9) 		

◆ **Finns annat psykiatriskt tillstånd, om Ja, vad?** _____

◆ **Har patienten under de senaste 12 månaderna gjort någon självskadande handling utan suicidavsikt?**

- Nej Ja, återkommande under en eller flera perioder
 Ja, vid enstaka tillfälle Uppgift saknas/otillräcklig information

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

- Nej Ja, flera gånger
 Ja, en gång Uppgift saknas/otillräcklig information

◆ **Har strukturerad suicidbedömning gjorts?**

- Ja, av regionen fastställd suicidbedömning Ja, annan: _____
 Nej Uppgift saknas

◆ **Finns det sociala faktorer som är uppenbart komplicerande för behandlingen?**

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, vilka:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Föräldrasvikt | <input type="checkbox"/> Problem i skola/arbete |
| <input type="checkbox"/> Separation (t.ex. egen eller föräldrars skilsmässa, vän som flyttat) | <input type="checkbox"/> Problem i familjerelationer eller nära vänskapsrelationer |
| <input type="checkbox"/> Traumatisk händelse (t.ex. dödsfall, misshandel, sexuellt övergrepp) | <input type="checkbox"/> Annat: _____
_____ |

◆ **Finns det somatiska tillstånd eller faktorer av betydelse för ätstörningsbehandlingen?**

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, vad:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Graviditet/amning | <input type="checkbox"/> Födoämnesallergier |
| <input type="checkbox"/> Tandbesvär | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Smärtproblematik | <input type="checkbox"/> Benskörhet |
| <input type="checkbox"/> Mag-/tarmbesvär | <input type="checkbox"/> Hjärtbesvär |
| <input type="checkbox"/> Planerad eller genomförd överviktskirurgi | <input type="checkbox"/> Endokrinologiska tillstånd (t.ex. hypotyreos) |
| <input type="checkbox"/> Annat somatiskt tillstånd: _____ | |