

Informasjon om pasienten

Pasient nr

Opplysninger hentet fra journal ved innkomsst:

Dato for innleggelse /oppstart poliklinisk behandling:.....

Kjønn: M K Fødeår:

Samlivsstatus: Gift Samboer Skilt Enke/enkemann Enslig

Innleggelsespost: Alderspsykiatrisk post Akuttpost Nord 1
 Akuttpost Sør 1 Akuttpost Sør 4
 Alderspsykiatrisk poliklinikk

Hovedårsak til innleggelse /henvisning: Depresjon
(ev flere kryss mulig) Suicidalfare
 Suicidalforsøk
 Psykose
 Angst
 Demens m/tilleggsproblematikk Psykose
 Depresjon
 Aggresjon
 Forvirring
 Annen årsak

Tidligere innleggelser: Ingen 1 2 >2

Diagnose ved siste innleggelse:.....

ICD 10 kode

Somatisk sykdom anført i psykiatrisk journal: Hjerte/kar
 Lungesykdom
 Stoffskifte sykdom
 Tidligere hjerneslag
 Parkinsons sykdom
 Reumatisk sykdom
 Annen pågående sykdom /kronisk sykdom
.....

Medikamenter ved innleggelse/oppstart poliklinisk behandling (inkl dosering):

.....
.....

Henvisningsparagraf: 2.1 3.2 3.3

Innleggelsesparagraf etter paragrafvurdering: 2.1 2.2 3.2 3.3

Informasjon hentet fra journal ved utskrivelse:

Dato for utskrivelse:

ECT behandling under opphold: Nei Ja Antall behandlinger:

Dato for siste behandling:

Psykofarma brukt under innleggelse/poliklinisk behandling, som ikke pasienten brukte ved innlegges eller står på ved utskrivelse (antall dager brukt):

.....
.....

Medisiner ved utskrivelse:

.....
.....

Spørreskjema til pasienter

Jeg skal nå stille deg noen spørsmål knyttet til blant annet til mosjon og kostvaner. Jeg vil også etterpå stille deg noen spørsmål om dine psykiske plager og hukommelse.

Utdanning:

Hvor mange års skolegang har du gjennomført? Antall år

Mosjon og fysisk aktivitet:

Hvordan har din fysiske aktivitet vært det siste året?

Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året

	Timer pr uke			
	Ingen	Under 1	1-2	3 og mer
Lett aktivitet (ikke svett andpusten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hard fysisk aktivitet (svett/andpusten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eksponering for dagslys:

Hvor mye har du vært utendørs pr dag siste 3 mnd:

- < ½ time
- ½ -1 time
- > 1 time

løbakk:

Røyker du daglig: Ja Nei

Hvis ja, antall røyk pr dag

Alkohol:

Omentrent hvor ofte har du i løpet av siste året drukket alkohol?

Lettøl og alkoholfritt regnes ikke med

- Har aldri drukket alkohol Har ikke drukket alkohol siste året
- Noen få ganger siste året Omentrent 1 gang i måneden
- 2-3 ganger pr måned ca 1 gang pr uke
- 2-3 ganger i uka 4-7 ganger i uka

Til dem som har drukket alkohol siste år:

Når du har drukket alkohol, hvor mange glass eller drinker har du vanligvis drukket?

Omentrent hvor mange ganger i løpet av det siste året har du drukket så mye som minst 5 glass eller drinker i løpet av et døgn?

Kost:

Bruker du kosttilskudd:

- | | Ja, daglig | Iblant | Nei |
|--|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Tran, trankapsler, fiskeoljekapsler... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kalk tabletter (kalsium) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vitamin og/eller mineraltilskudd... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inneholder noen av disse Vitamin D | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |

Drikker du melk : Ja Nei

Hvis ja, antall glass pr dag: ikke hver dag 1-2 glass pr dag 3-4 glass pr dag

Drikker du melk med ekstra D vitamin(grønn pakke):

- Ja, daglig ja, noen ganger i uka Nei

Vekt:.....

Høyde: