

Namn: _____ Pnr: _____ Datum: _____
Läkemedel 1: _____ Dosering: _____ Läkemedel 2: _____ Dosering: _____

Ringa in den siffra som bäst motsvarar barnets/ungdomens upplevelse under den senaste veckan.

Område	Biverkning	Ungdom/förälder fyller i själv				Fylls i av personal under intervju			
		Aldrig	Ibland/ i viss mån	Hela tiden/ i hög grad		EJ biverkning	Svårighetsgrad		
						lindrig	måttlig	allvarlig	
Mage, tarm, urinvägar	Ökad törst	0	1	2	3	4			
	Nedsatt aptit	0	1	2	3	4			
	Ökad aptit	0	1	2	3	4			
	Ökad vikt (minst 7 % ökning = 4)	0	1	2	3	4			
	Illamående	0	1	2	3	4			
	Kräkning	0	1	2	3	4			
	Förstoppning/diarré	0	1	2	3	4			
	Magsmärtor/obehag	0	1	2	3	4			
	Ökad urinmängd/trängningar	0	1	2	3	4			
	Muntorrhet	0	1	2	3	4			
Psyke	Nervositet/ängslan	0	1	2	3	4			
	Försämrad koncentration/minne	0	1	2	3	4			
	Förvirring	0	1	2	3	4			
	Blir lätt upprörd	0	1	2	3	4			
	Irritabilitet	0	1	2	3	4			
	Oppvarvad sinnesstämning (manisk)	0	1	2	3	4			
	Inre spänning	0	1	2	3	4			
	Rastlöshet	0	1	2	3	4			
	Impulsivitet/bristande hämningar	0	1	2	3	4			
	Trötthet	0	1	2	3	4			
	Nedstämdhet	0	1	2	3	4			
	Försämrad motivation	0	1	2	3	4			
	Självordstankar	0	1	2	3	4			
	Självskadande beteende	0	1	2	3	4			
	Självskadande impulser	0	1	2	3	4			
Kroppens skyddssystem	Svettning	0	1	2	3	4			
	Huvudvärk	0	1	2	3	4			
	Yrsel	0	1	2	3	4			
	Hjärtklappning	0	1	2	3	4			
	Menstruationsrubbnig	0	1	2	3	4			
	Ökad salivmängd	0	1	2	3	4			
	Höjd kroppstemperatur	0	1	2	3	4			

Nerver	Myrkrypningar i benen	0	1	2	3	4				
	Rastlös, överaktiv i kroppen	0	1	2	3	4				
	Stel motorik (t.ex. kugghjulsfenomen)	0	1	2	3	4				
	Kramp i nackmuskler	0	1	2	3	4				
	Oavsiktliga rörelser i tunga/ansikte	0	1	2	3	4				
	Skakiga händer, väl synligt	0	1	2	3	4				
	Darriga händer, finvågigt	0	1	2	3	4				
Sömn	Sömnighet	0	1	2	3	4				
	Svårt att somna	0	1	2	3	4				
	Vaknar nattetid	0	1	2	3	4				
	Mardrömmar	0	1	2	3	4				
Sexuellt (om det är aktuellt)	Nedsatt lust	0	1	2	3	4				
	Svårt att bli våt/hård	0	1	2	3	4				
	Svårt att få orgasm/utlösning	0	1	2	3	4				
Övrigt	Synrubbing/dimsyn	0	1	2	3	4				
	Hudutslag/akne	0	1	2	3	4				
	Stumhetskänsla	0	1	2	3	4				
	Förkylningssymtom	0	1	2	3	4				
	Muskelvärk	0	1	2	3	4				
	Ledvärk	0	1	2	3	4				
	Blåmärken	0	1	2	3	4				
	Ökad blödningsbenägenhet	0	1	2	3	4				
Annat, beskriv:		0	1	2	3	4				
Annat, beskriv:		0	1	2	3	4				
Annat, beskriv:		0	1	2	3	4				
Annat, beskriv:		0	1	2	3	4				

Blodtryck: _____ / _____ Puls: _____ Vikt: _____ kg Längd: _____ cm Midjemått: _____ cm Övrigt: _____