



### Pasientdata

Navn \_\_\_\_\_

Fødselsnr.  
(11 siffer)



Skjemaet inneholder spørsmål om bakgrunnsopplysninger. Vi ber deg om å svare på spørsmålene så godt du kan. Om det er vanskelig for deg å svare på noen av spørsmålene, kan du ta det opp med din behandler.

Der ikke annet er spesifisert, sett ett kryss, eller fyll inn tall der det er relevant. Stjerne (\*) indikerer obligatoriske spørsmål.

### Pasientbakgrunn

3. Bosituasjon \*

Hos en av  
foreldrene

Hos begge  
foreldre

Annen

### Sykdomsbakgrunn

8. Hvor gammel var du første gang du fikk problemer med kropp, vekt og/ eller spising? \*

 år

9. Hva har din laveste vekt vært med nåværende høyde? Angi i hele kg. \*

 kg

9a. Hvor gammel var du da? \*

 år

10. Hva har din høyeste vekt vært med nåværende høyde? Angi i hele kg. \*

 kg

10a. Hvor gammel var du da? \*

 år

11. Har noen andre i din familie en spiseforstyrrelse eller har hatt en spiseforstyrrelse? \*

Nei  Ja  Vet ikke

12. Har du tidligere mottatt behandling for din spiseforstyrrelse? \*

Nei  Ja

12a. Hos hvilke(n) instans(er)? Sett ett eller flere kryss. \*

Primærhelsetjenesten For eksempel fastlege/primærlege, helsesøster eller oppfølgingstjeneste.

Spesialisthelsetjenesten For eksempel voksenpsykiatrisk poliklinikk, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk eller privatpraktiserende spesialist.

Spesialisert enhet for spiseforstyrrelser

Annen instans

12c. Hvor gammel var du første gang du mottok behandling for din spiseforstyrrelse? \*

 år

12d. Hvor lang tid (år og måneder) gikk det fra du ble syk til du fikk behandling? \*

Gikk det for eksempel 6 måneder, skriv 0 i feltet for år og 6 i feltet for måneder. Gikk det for eksempel 1 år og 6 måneder, legg inn 1 i feltet for år og 6 i feltet for måneder.

 år  mnd

**Somatiske opplysninger** Besvares kun av jenter/kvinner. Gutter/menn, gå til spørsmål 17.

13. Har du noen gang hatt menstruasjon? \*  Nei  Ja

14. Har du hatt regelmessig menstruasjon de siste 3 månedene? \*  Nei  Ja

**Negative hendelser**

17. Har du noen gang vært utsatt for fysisk mishandling?  Nei  Ja

18. Har du noen gang vært utsatt for psykisk mishandling?  Nei  Ja

19. Har du noen gang vært utsatt for misbruk/overgrep?  Nei  Ja

20. Har du noen gang vært utsatt for mobbing?  Nei  Ja

**Øvrig atferd**


21. Har du tidligere skadet deg selv med vilje? (Mer enn ett år siden.)  Nei  Ja

22. Har du skadet deg selv med vilje i løpet av det siste året?  Nei  Ja

23. Har du tidligere forsøkt å ta ditt eget liv? (Mer enn ett år siden.)  Nei  Ja

24. Har du i løpet av det siste året forsøkt å ta ditt eget liv?  Nei  Ja

25. Har du nå et misbruk/avhengighet av alkohol, illegale rusmidler eller medikamenter?  Nei  Ja



Ved registreringstypen *kun utredning* for barn på 8-10 år fyller pasienten i tillegg ut følgende skjema:

[PSDQ](#)<sup>1</sup>

KIDSCREEN-27<sup>2</sup>

I tillegg, etter behandlers *individuelle vurdering* av pasienten, fyller pasienten ut følgende skjema:


[EDE-Q 6.0](#)

[CIA 3.0](#)

---

<sup>1</sup> Følg linken, velg norsk språk og deretter skjemaet med som heter P4-17, men ikke *follow-up*-versjonen

<sup>2</sup> Enheter som ikke besitter KIDSCREEN-27 selv, kan få det tilsendt fra NorSpis (forespørsel til [norispis@nlsh.no](mailto:norispis@nlsh.no))







Hjemmeside: [norspis.no](http://norspis.no)

E-post: [norspis@nlsh.no](mailto:norspis@nlsh.no)

## Pasientdata

Navn

\_\_\_\_\_

Fødselsnr.  
(11 siffer)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Dato for innhenting av personopplysninger

Datoen da personopplysningene i dette skjemaet  
ble hentet inn.

å	å	å	å	m	m	d	d

## Nasjonalitet

Land

\_\_\_\_\_

## Norsktalende Kan pasienten forstå og gjøre seg forstått på norsk?

Ja

Delvis

Nei

Ukjent

## Adresse og kontaktinformasjon

Adresse

\_\_\_\_\_

Postnummer

\_\_\_\_\_

Poststed

\_\_\_\_\_

Alternativ adresse

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mobilnummer

\_\_\_\_\_

Alternativt  
telefonnummer

\_\_\_\_\_

Epostadresse

\_\_\_\_\_



## 1. Dato

Skriv inn dato for hendelsen (utredning, behandlingsstart, behandlingslutt, avbrutt behandling). Ved utredning, skriv dato for første utredningskonsultasjon.

å	å	å	å	m	m	d	d

## 2. Registreringstype

Velg type registrering/hendelse som skal opprettes (dette avgjør hvilke skjema som skal besvares).

Type behandlingseenhet kan overstyre alder om enheten finner det mest hensiktsmessig. En slik overstyring vil i tilfelle bety at for pasienter under 18 år, som mottar behandling ved en enhet for voksne, kan man velge registreringstypen «voksen», og at for pasienter på 18 år eller eldre, som mottar behandling ved en enhet for barn og ungdom, kan man velge registreringstypen «ungdom/barn».

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Utredning voksen              | <input type="checkbox"/> Sluttregistrering voksen      |
| <input type="checkbox"/> Utredning ungdom/barn         | <input type="checkbox"/> Sluttregistrering ungdom/barn |
| <input type="checkbox"/> Startregistrering voksen      |  |
| <input type="checkbox"/> Startregistrering ungdom/barn |  |

## 3. Henvisning mottatt dato (besvares kun ved utredning og startregistrering)

Skriv inn dato da henvisningen ble mottatt.

å	å	å	å	m	m	d	d

## 4. Henvisende instans (besvares kun ved utredning og startregistrering)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pasienten selv             | <input type="checkbox"/> Sosialtjeneste/barnevern            |
| <input type="checkbox"/> Fastlege/Primærlege        | <input type="checkbox"/> Politi/fengsel/rettsvesen           |
| <input type="checkbox"/> Øvrige primærhelsetjeneste | <input type="checkbox"/> Rehabiliteringsinstitusjon/sykehjem |
| <input type="checkbox"/> Spesialisthelsetjeneste    | <input type="checkbox"/> Privatpraktiserende spesialister    |
| <input type="checkbox"/> Barnehage/skolesektor/PPT  | <input type="checkbox"/> Annet                               |



### Multiaksial klassifikasjon for barn og unge



Registrer ut fra pasientens tilstand/forhold **ved behandlingsstart**, selv om man i NorSpis foretar registreringen ved slutten av behandlingen.

For nærmere instruks, se Retningslinjer for koding: Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Det er obligatorisk å registrere på alle aksene.

For **ingen påvist tilstand** skriv inn X000. Ved **mangelfull informasjon** skriv inn X999. X angir aksenummeret. Eksempel: 5000, ved ingen påvist tilstand på akse 5, og 2999 ved mangelfull informasjon på akse 2.

#### Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom

Skriv inn en eller flere ICD-10-koder fra F-serien.

ICD-10-kode	Beskrivelse
F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____

#### Akse 2 Spesifikke utviklingsforstyrrelser

Skriv inn en eller flere ICD-10-koder fra **F-80-serien**.

ICD-10-kode	Beskrivelse
F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____

#### Akse 3 Psykisk utviklingshemming

Skriv inn én ICD-10-kode fra **F-70-serien**.

ICD-10-kode	Beskrivelse
F <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____

#### Akse 4 Somatiske tilstander

Skriv inn en eller flere ICD-10-koder. Alle koder i ICD-10 er gyldige, unntatt de som er benyttet på andre akser.

ICD-10 Kode	Beskrivelse
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____

#### Akse 5 Avvikende psykososiale forhold

Skriv inn én eller flere gyldige koder.

Kode	Beskrivelse
<input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/>	_____

#### Akse 6 Global vurdering av funksjonsnivå (CGAS)

Skriv inn ett av heltallene fra 1 til 100, i tråd med CGAS-instruksjonen.  
Hvis barnet er under 4 år, skriv inn koden 6000.

**DSM-5 spiseforstyrrelsesdiagnose (valgfritt å registrere)**

Registrer ut fra pasientens tilstand **ved behandlingsstart**, selv om man i NorSpis foretar registreringen ved slutten av behandlingen.

Det er kun mulig å registrere én DSM-5-diagnose. Kryss av for den aktuelle diagnosen, og deretter subtype og alvorlighetsgrad.

 307.52 Pica 307.53 Drøvtygging 307.59 Unnvikende/restriktiv matinntaksforstyrrelse 307.1 Anorexia nervosa**Subtype**

- 1. Restriktiv form
- 2. Overspisings-/tømningsform

**Alvorlighetsgrad**

- 1. Lett tilstand – BMI  $\geq 17$
- 2. Moderat tilstand – BMI: 16-16,99
- 3. Alvorlig tilstand – BMI: 15-15,99
- 4. Ekstrem tilstand – BMI  $< 15$

 307.51 Bulimia nervosa**Alvorlighetsgrad**

- 1. Lett tilstand – Kompenserende atferd: 1-3 episoder per uke
- 2. Moderat tilstand – Kompenserende atferd: 4-7 episoder per uke
- 3. Alvorlig tilstand – Kompenserende atferd: 8-13 episoder per uke
- 4. Ekstrem tilstand – Kompenserende atferd:  $> 13$  episoder per uke

 307.51 Overspisingsforstyrrelse**Alvorlighetsgrad**

- 1. Lett tilstand – Overspisingsepisoder: 1-3 per uke
- 2. Moderat tilstand – Overspisingsepisoder: 4-7 per uke
- 3. Alvorlig tilstand – Overspisingsepisoder: 8-13 per uke
- 4. Ekstrem tilstand – Overspisingsepisoder:  $> 13$  per uke

 307.59 Annen spesifisert ernærings- eller spiseforstyrrelse

- 1. Atypisk anorexia nervosa
- 2. Subterskel bulimia nervosa (lav hyppighet eller varighet)
- 3. Subterskel overspisingsforstyrrelse (lav hyppighet eller varighet)
- 4. Tømningsforstyrrelse
- 5. Nattpisingssyndrom

 307.50 Uspesifisert ernærings- eller spiseforstyrrelse



**Vekt**

Vennligst oppgi pasientens vekt i kg, med én desimal.  
Hvis måling ikke er foretatt eller kan foretas, anslå så godt som mulig.

  .  kg**Høyde**

Vennligst oppgi pasientens høyde i meter (med to desimaler).  
Hvis måling ikke er foretatt eller kan foretas, anslå så godt som mulig.

 .   m**Er blodprøve utført siste måned?** Nei  Ja  Ikke aktuelt**Er det utført beintetthetsmåling i løpet av det siste året?** Nei  Ja  Vet ikke

Hvis ja, resultat av beintetthetsmåling:

 Normal  Nedsatt**Psykofarmakologisk behandling?** Nei  Ja

Hvis ja, hvilke medikamenter?

Flere kryss er mulig.

- Antidepressiva
- Nevroleptika
- Benzodiazepiner
- Annen medikamentell behandling

---

Ved registreringstypen *kun utredning* for barn på 8-10 år fyller behandler i tillegg ut følgende skjema,  
hvis behandlingseenheten har valgt skjemaet for alle sine pasienter:

HoNOSCA

---