



### 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

1. Sivilstatus \*

Enslig

Samboer

Gift

Skilt

Enke/  
enkemann

Annen

2. Antall egne barn \*

barn

3. Bosituasjon \*

Hos en av  
foreldrene

Hos begge  
foreldre

Bor alene

Med  
partner

Med partner  
og barn

Uten partner  
med barn

Annen

4. Høyeste påbegynte  
utdanning \*

Grunnskole

Videregående  
skole  
(1-3 år)

Høgskole eller  
universitet  
(mindre enn 4 år)

Høgskole eller  
universitet  
(4 år eller mer)

5. Høyeste fullførte utdan-  
ning \*

Ikke fullført  
grunnskole

Grunnskole

Videregående  
skole  
(1-3 år)

Høgskole eller  
universitet  
(mindre enn 4 år)

Høgskole eller  
universitet  
(4 år eller mer)

6. Hovedaktivitet \*

Velg det alternativet som best beskriver din nåværende situasjon mht. skole, arbeid eller annet.

Heltidsarbeid

Student

Deltidsarbeid

Sykemeldt

På arbeidsmarkedstiltak

Ufør

Vernepliktig

Annen

Skoleelev/lærling

**7. Hovedinntekt \***

Velg det alternativet som best beskriver grunnlag for livsopphold i nåværende situasjon.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeidsinntekt           | <input type="checkbox"/> Stipend/lån                            |
| <input type="checkbox"/> Sykepenger/trygd/pensjon | <input type="checkbox"/> Kursstønad/lønn i arbeidsmarkedstiltak |
| <input type="checkbox"/> Blir forsørget           | <input type="checkbox"/> Andre inntekter                        |
| <input type="checkbox"/> Sosialhjelp              |   |

**Sykdomsbakgrunn**8. Hvor gammel var du første gang du fikk problemer med kropp, vekt og/eller spising? \*  år9. Hva har din laveste vekt vært med nåværende høyde? Angi i hele kg. \*  kg9a. Hvor gammel var du da? \*  år10. Hva har din høyeste vekt vært med nåværende høyde? Angi i hele kg. \*  kg10a. Hvor gammel var du da? \*  år11. Har noen andre i din familie en spiseforstyrrelse eller har hatt en spiseforstyrrelse? \*  Nei  Ja  Vet ikke12. Har du tidligere mottatt behandling for din spiseforstyrrelse? \*  Nei  Ja

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Primærhelsetjenesten                      | For eksempel fastlege/primærlege, helsesøster eller oppfølgingstjeneste.   |
| <input type="checkbox"/> Spesialisthelsetjenesten                  | For eksempel voksenpsykiatrisk poliklinikk, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk eller privatpraktiserende spesialist. |
| <input type="checkbox"/> Spesialisert enhet for spiseforstyrrelser |  |
| <input type="checkbox"/> Annen instans                             |  |

12b. Har du etter fylte 16 år vært tvangsinnlagt etter Lov om psykisk helsevern for din spiseforstyrrelse? \* Er du under 16 år, gå til neste spørsmål (12c)  Nei  Ja  Vet ikke12c. Hvor gammel var du første gang du mottok behandling for din spiseforstyrrelse? \*  år12d. 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
15. Bruker du P-piller eller annen medikamentell prevensjon? \*  Nei  Ja
16. Er du gravid? \*  Nei  Ja  Vet ikke


**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 *start* for barn på 14 år fyller pasienten i tillegg ut følgende skjema:

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

KIDSCREEN-27<sup>2</sup>


[EDE-Q 6.0](#)

[CIA 3.0](#)

---

<sup>1</sup> Følg linken, velg norsk språk og deretter skjemaet med som heter S11-17, men ikke *follow-up*-versjonen

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



**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 *start* for barn på 15 år fyller behandler i tillegg ut følgende skjema,  
hvis behandlingseenheten har valgt skjemaet for alle sine pasienter:

HoNOSCA

---