



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 | |

Sykdomsbakgrunn8. 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 voksne fyller pasienten i tillegg ut følgende skjema:

SCL-90-R

[EDE-Q 6.0](#)

[CIA 3.0](#)

I tillegg fyller pasienten ut følgende skjema hvis behandlingsenheten
har valgt skjemaet for alle sine pasienter:

[RAND-36](#)





Hjemmeside: norspis.no

E-post: 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* fyller behandler i tillegg ut følgende skjema
hvis behandlingseenheten har valgt skjemaet for alle sine pasienter:

[HoNOS](#)
