

◆ Datum för uppföljningsregistrering: _____	→	◆ Vilken är patientens aktuella ätstörningsdiagnos?
<input type="checkbox"/> Anorexia nervosa med självsvält <input type="checkbox"/> Anorexia nervosa med hetsätning/ självrensning <input type="checkbox"/> Atypisk anorexia nervosa	<p style="text-align: center;"><u>Svårighetsgrad</u></p> <p>Fylls ej i för Barn & ungdom För vuxna:</p> <input type="checkbox"/> Lindrig, BMI ≥ 17 <input type="checkbox"/> Medelsvår, BMI 16 - 16.99 <input type="checkbox"/> Svår, BMI 15 - 15.99 <input type="checkbox"/> Mycket svår, BMI < 15	<input type="checkbox"/> I partiell remission: Samtliga kriterier för anorexia nervosa har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har kriterium A (låg kroppsvikt) inte längre varit uppfyllt. Däremot är antingen kriterium B (intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, eller ett beteende som förhindrar viktökning) eller kriterium C (störd kroppsupplevelse med avseende på vikt eller form) fortfarande uppfyllt. <input type="checkbox"/> I fullständig remission: Samtliga kriterier för anorexia nervosa har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda. <input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Bulimia nervosa → ange svårighetsgrad	<p>Ange antal episoder med olämpliga kompensatoriska beteenden/vecka</p> <input type="checkbox"/> Lindrig, i snitt 1-3 st <input type="checkbox"/> Medelsvår, i snitt 4-7 st <input type="checkbox"/> Svår, i snitt 8-13 st <input type="checkbox"/> Mycket svår, i snitt 14 eller fler	<input type="checkbox"/> I partiell remission: samtliga kriterier för bulimia nervosa har tidigare varit uppfyllda. Några, dock inte alla kriterier har under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) fortfarande varit uppfyllda. <input type="checkbox"/> I fullständig remission: samtliga kriterier för bulimia nervosa har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda
<input type="checkbox"/> Bulimia nervosa med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet	<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.	<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Hetsättningsstörning → ange svårighetsgrad	<p>Ange antal hetsätningsepisoder per vecka</p> <input type="checkbox"/> Lindrig, 1-3 st <input type="checkbox"/> Medelsvår, 4-7 st <input type="checkbox"/> Svår, 8-13 st <input type="checkbox"/> Mycket svår, 14 eller fler	<input type="checkbox"/> I partiell remission: samtliga kriterier för hetsättningsstörning har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har emellertid hetsätningsepisoder förekommit i genomsnitt mer sällan än en gång i veckan. <input type="checkbox"/> I fullständig remission: samtliga kriterier för hetsättningsstörning har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda
<input type="checkbox"/> Hetsättningsstörning med låg frekvens och/eller begränsad varaktighet	<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.	<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID)	<input type="checkbox"/> I remission: Kriterierna för undvikande/ restriktiv ätstörning har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda.	<input type="checkbox"/> I remission: Kriterierna för undvikande/ restriktiv ätstörning har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Idisslande	<input type="checkbox"/> I remission: Kriterierna för Idisslande har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda.	<input type="checkbox"/> I remission: Kriterierna för Idisslande har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Pica	<input type="checkbox"/> I remission: Kriterierna för Pica har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda.	<input type="checkbox"/> I remission: Kriterierna för Pica har tidigare varit uppfyllda. Under en sammanhängande tidsperiod (3-6 mån) har inga kriterier längre varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Natligt ätande	<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.	<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Självrensning	<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.	<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.
<input type="checkbox"/> Ospecificerad ätstörning	<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.	<input type="checkbox"/> I remission: Under en sammanhängande period (3-6 mån) har inga kriterier varit uppfyllda.

Uppföljningsregistrering Riksät

◆ **Ange aktuell vikt:** _____ kg

Vikt saknas.

◆ **Ange aktuell längd:** _____ cm

Längd saknas

◆ **Om längd eller vikt saknas, Enligt din bedömning är patienten**

Underviktig Normalviktig Överviktig Kan ej bedömas/uppgift saknas

◆ **Har vägningen och mätningen skett på enheten/mottagningen?**

Ja, både vikt och längd Ja, bara vikt Ja, bara längd Nej

◆ **Har patienten sedan föregående registrering vid något tillfälle haft en signifikant låg vikt?**

För vuxen BMI ≤ 17.5 , För barn och ungdom gäller vikt- och längdkurva.

Ja Nej Uppgift saknas

◆ **Har patienten besvarat EDE-Q?**

Ja → skriv in EDE-Q totalpoäng
och delskalor: →

Nej

Totalpoäng: _____

Återhållsamhet: _____ Figurbekymmer: _____

Ätbekymmer: _____ Viktbekymmer: _____

◆ **Har patienten besvarat CIA?** Ja, vänligen skriv in den summerade totalpoängen: _____

Nej

◆ **Vilken är patientens huvudsakliga sysselsättning:** Avser de senaste 12 månaderna.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arbete på den reguljära arbetsmarknaden ¹ | <input type="checkbox"/> Arbetssökande med arbetsmarknadsåtgärder |
| <input type="checkbox"/> Arbete inom skyddad sysselsättning | <input type="checkbox"/> Sjukskriven med arbetslivsrehabiliterande åtgärd ³ |
| <input type="checkbox"/> Saknar arbete på reguljära arbetsmarknaden | <input type="checkbox"/> Är ålderspensionär |
| <input type="checkbox"/> Studier med särskilt stöd eller anpassad studiegång ² | <input type="checkbox"/> Studier utan särskilt stöd eller anpassad studiegång ² |
| <input type="checkbox"/> Studier på grundsärskola, gymnasiesärskola eller sårvux ² | <input type="checkbox"/> Annan sysselsättning |
| <input type="checkbox"/> Arbetssökande utan arbetsmarknadsåtgärder | <input type="checkbox"/> Saknar regelbunden sysselsättning utanför hemmet |
| | <input type="checkbox"/> Uppgift saknas |

1) Avser även patienter som är sjukskrivna från ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden, eventuellt med arbetsrehabiliterande åtgärder, och patienter som har lönebidrag samt patienter med egna företag.

2) Avser studier inom grundskola, gymnasium, högskola och universitet eller motsvarande, oavsett om patienten har särskilt stöd eller anpassad studiegång. Avser även patienter som är sjukskrivna från studier.

3) Är sjukskriven med arbetslivsrehabiliterande åtgärder utan att ha arbete på den reguljära arbetsmarknaden: Avser bland annat långtidssjukskrivna.

Uppföljningsregistrering Riksät

- ◆ **Hur mycket arbetar eller studerar patienten:** Arbetar 50% eller mer Studerar 50% eller mer
 Arbetar mindre än 50% Studerar mindre än 50%

- ◆ **Är patienten för närvarande sjukskriven?** Ange närmaste värde

- Ja, 25% Ja, 50% Ja, 75% Ja, 100% Nej

- ◆ **Vilken har varit patientens huvudsakliga inkomstkälla under de senaste 12 månaderna?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inkomst av lönearbete eller från arbete i eget företag | <input type="checkbox"/> Ersättning för att delta i arbetsmarknadspolitiskt program |
| <input type="checkbox"/> Ålderspension eller garantipension | <input type="checkbox"/> Arbetslöshetsersättning |
| <input type="checkbox"/> Studiestöd | <input type="checkbox"/> Föräldrapenning |
| <input type="checkbox"/> Sjukpenning | <input type="checkbox"/> Sjukersättning |
| <input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning | <input type="checkbox"/> Försörjningsstöd |
| <input type="checkbox"/> Försörjning från närstående | <input type="checkbox"/> Egna tillgångar |
| <input type="checkbox"/> Annan inkomstkälla | <input type="checkbox"/> Uppgift saknas |

Var god vänd

◆ Finns det nyttillkommen psykiatrisk samsjuklighet sedan initialregistreringen: Ja (ange nedan) Nej Uppgift saknas.

Alkohol-, drog- eller läkemedelsmissbruk (F10-F19) Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av <input type="checkbox"/> alkohol (F10) <input type="checkbox"/> opiater (F11) <input type="checkbox"/> cannabis (F12) <input type="checkbox"/> sedativa och hypnotika (F13) <input type="checkbox"/> kokain (F14) <input type="checkbox"/> andra stimulantia, däribland koffein (F15) <input type="checkbox"/> hallucinogener (F16) <input type="checkbox"/> tobak (F17) <input type="checkbox"/> flyktiga lösningsmedel (F18) <input type="checkbox"/> flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser (F19)	Depressionstillstånd (F30-F39) <input type="checkbox"/> Manisk episod (F30) <input type="checkbox"/> Bipolär sjukdom (F31) <input type="checkbox"/> Depressiv episod (F32) <input type="checkbox"/> Recidiverande depressioner (F33) <input type="checkbox"/> Kroniska förstämningssyndrom (F34) <input type="checkbox"/> Andra förstämningssyndrom (F38) <input type="checkbox"/> Ospecificerade förstämningssyndrom (F39)	Ångestsyndrom (F40-F43, F93) <input type="checkbox"/> Specifik Fobi (F40.2) <input type="checkbox"/> Social ångest (F40.1) <input type="checkbox"/> Paniksyndrom (F41.0) <input type="checkbox"/> Agorafobi (F40.0) <input type="checkbox"/> Tvångssyndrom (F42) <input type="checkbox"/> Generaliserat ångestsyndrom (F41.1) <input type="checkbox"/> Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress tex PTSD (F43) <input type="checkbox"/> Emotionella störningar med debut särskilt under barndomen (F93)
	Utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser (F84.0, F90, F98.8) <input type="checkbox"/> Autism (F84.0) <input type="checkbox"/> Andra specificerade beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid (F98.8) <input type="checkbox"/> ADHD (F90)	
Personlighetssyndrom (F60) <input type="checkbox"/> Paranoid, personlighetssyndrom (F60.0) <input type="checkbox"/> Emotionellt instabil, personlighetssyndrom (F60.3) <input type="checkbox"/> Ängslig, personlighetssyndrom (F60.6) <input type="checkbox"/> Schizoid, personlighetssyndrom (F60.1) <input type="checkbox"/> Histrionisk, personlighetssyndrom (F60.4) <input type="checkbox"/> Osjälvständig, personlighetssyndrom (F60.7) <input type="checkbox"/> Schizotyp, personlighetssyndrom (F21) <input type="checkbox"/> Narcissistisk, personlighetssyndrom (F60.8) <input type="checkbox"/> Andra specificerade pers.syndrom (F60.8) <input type="checkbox"/> Antisocial, personlighetssyndrom (F60.2) <input type="checkbox"/> Tvångsmässig, personlighetssyndrom (F60.5) <input type="checkbox"/> Personlighetssyndrom, ospecificerad (F60.9)		

◆ Finns annat nyttillkommet psykiatriskt tillstånd, om Ja, vad? _____

◆ **Finns det sociala faktorer som är uppenbart komplicerande för behandlingen?**

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, vilka:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Föräldrasvikt | <input type="checkbox"/> Problem i skola/arbete |
| <input type="checkbox"/> Separation (t.ex. egen eller föräldrars skilsmässa, vän som flyttat) | <input type="checkbox"/> Problem i familjerelationer eller nära vänskapsrelationer |
| <input type="checkbox"/> Traumatisk händelse (t.ex. dödsfall, misshandel, sexuellt övergrepp) | <input type="checkbox"/> Annat: _____
_____ |

◆ **Finns det somatiska tillstånd eller faktorer av betydelse för ätstörningsbehandlingen?**

- Ja Nej Uppgift saknas

Om ja, vad:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gravitet/amning | <input type="checkbox"/> Födoämnesallergier |
| <input type="checkbox"/> Tandbesvär | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Smärtproblematik | <input type="checkbox"/> Benskörhet |
| <input type="checkbox"/> Mag-/tarmbesvär | <input type="checkbox"/> Hjärtbesvär |
| <input type="checkbox"/> Planerad eller genomförd överviktskirurgi | <input type="checkbox"/> Endokrinologiska tillstånd (t.ex. hypotyreos) |
| <input type="checkbox"/> Annat somatiskt tillstånd: _____ | |

- Slut Uppföljningsregistrering -