

Kvalitetsregister ECT

Ett planerat behandlingstillfälle per vecka eller glesare 200102

*I. Personnummer/reservnummer

II. Datum för ifylld blankett _____

*III. Sjukhus _____

IV. Indikation för ECT enligt ICD-10

- Medelsvår depressiv episod, F321
- Svår depressiv episod utan psykotiska symptom F322
- Svår depressiv episod med psykotiska symptom F323
- Recidiverande depression, medelsvår episod F331
- Recidiverande depression, svår episod utan psykotiska symptom F332
- Recidiverande depression, svår episod med psykotiska symptom F333
- Bipolär sjukdom, lindrig eller medelsvår depressiv episod F313
- Bipolär sjukdom, svår depressiv episod utan psykotiska symptom F314
- Bipolär sjukdom, svår depressiv episod med psykotiska symptom F315
- Bipolär sjukdom typ 2, lindrig eller medelsvår depressiv episod F318B
- Bipolär sjukdom typ 2, svår depressiv episod utan psykotiska symptom F318C
- Bipolär sjukdom typ 2, svår depressiv episod med psykotiska symptom F318D
- Bipolär sjukdom typ 2, blandad episod F318E
- Bipolär sjukdom, blandad episod F316
- Bipolär sjukdom, manisk episod utan psykotiska symptom F311
- Bipolär sjukdom, manisk episod med psykotiska symptom F312
- Manisk episod utan psykos F301
- Manisk episod med psykos F302
- Schizoaffektivt syndrom F259
- Schizofreni F209
- Akut polymorf psykos utan schizofren sjukdomsbild (cykloid psykos) F230
- Postpartum depression F530
- Postpartum psykos F531
- Organiskt förstämningssyndrom F063
- Organisk katatoni F061
- Malignt neuroleptikasyndrom G210
- Parkinsons sjukdom G209
- Uppgift saknas
- Annan indikation vilken?

*V. Ange datum för första ECT planerat till ett behandlingstillfälle per vecka eller glesare.

*VI. Ange datum för senaste ECT planerad till ett behandlingstillfälle per vecka eller glesare.

*VII. Hur många ECT har givits i den aktuella serien med ett planerat behandlingstillfälle per vecka eller glesare?

VIII. Planeras fortsatt ECT med ett behandlingstillfälle per vecka eller glesare.

- Ja Nej Uppgift saknas

IXa. Har patientens pågående eller avslutade ECT (med ett planerat behandlingstillfälle per vecka eller glesare) följts upp?

- Ja Nej, ej uppföljd Uppgift saknas

IXb. Ange datum för senaste uppföljning av patientens pågående eller avslutade ECT (med ett behandlingstillfälle per vecka eller glesare).

Kvalitetsregister ECT

Ett planerat behandlingstillfälle per vecka eller glesare 200102

Xa. Har det uppstått någon allvarlig biverkan/komplikation i samband med den aktuella ECT-serien?

- Ja Nej Uppgift saknas

Xb. om ja, ange biverkan/komplikation

- Annan arytm
 Aspiration
 Asystoli
 Bronkospasm
 Cerebro-vaskulär lesion
 Desaturation
 Djup ventrombos
 Dödsfall (ej suicid)
 Fraktur
 Förmaksflimmer/fladder
 Hjärtinfarkt
 Laryngospasm
 Lungemboli
 Muskelskada
 Status epilepticus
 Tandskada
 Transitorisk ischemisk attack
 Mani (omslag i samband med ECT)
 Suicid
 Suicidförsök

Annan allvarlig biverkan/komplikation, ange vilken:

Symtomskattningar vid tidigare angivet datum för uppföljning:

XI. CGI. Mot bakgrund av din samlade kliniska erfarenhet av just denna patientpopulation, hur svårt psykiskt sjuk är patienten för närvarande?

- Ej bedömt
 Normal, inte alls sjuk
 Gränsfall för psykisk sjukdom
 Lindrigt sjuk
 Måttligt sjuk
 Påtagligt sjuk
 Allvarligt sjuk
 Bland de mest extremt sjuka patienterna

XIIa. Har patienten bedömts med intervjubaserad MADRS?

- Ja, svar på varje delfråga finns
 Ja, endast totalpoäng kan anges
 Nej
 Uppgift saknas

XIIb. Om ja, ange datum för skattning

XIIc. Om ja, ange total intervjubaserad MADRS poäng

XIIIa. Har patienten självskattat MADRS-S?

- Ja, svar på varje delfråga finns
 Ja, endast totalpoäng kan anges
 Nej, patienten kunde pga sitt psykiska tillstånd ej genomföra självskattning
 Nej
 Uppgift saknas

XIIIb. Om ja, ange datum för självskattning

XIIIC. Om ja, ange total självskattad MADRS-S poäng.

Kvalitetsregister ECT

Ett planerat behandlingstillfälle per vecka eller glesare 200102

XIV. En fråga om minnesstörning till dig som patient (CPRS-minne-självskattning)

Frågan gäller hur du uppfattar att ditt minne fungerar för närvarande. Sätt en ring runt siffran som du tycker stämmer bäst. Använd gärna mellanliggande alternativ.

- 0-Jag upplever ingen minnesstörning.
- 1
- 2-Jag upplever tillfälliga minnesstörningar.
- 3
- 4-Jag upplever besvärande eller generande minnesstörningar.
- 5
- 6-Jag upplever en total oförmåga att minnas överhuvudtaget.
- Uppgift saknas

XV. Har patienten självskattat sin hälsa med EQ-5D vid uppföljningen av gles ECT?

- Ja, svar på varje delfråga finns
- Nej, patienten kunde pga sitt psykiska tillstånd ej genomföra självskattning
- Nej
- Uppgift saknas

XVb. Om ja, ange datum för självskattning

Finns annan information/kommentar till registret?

- Ja Nej
