

Mall för nybesöks- och inläggningsjournal

Kontaktväg/ kontakthanledning	Remiss? Annans initiativ? §47 eller annan polistransport? Problem som är anledning till kontakten? Datum då ev. remiss inkom.
Hereditet	Psykiatrisk sjuklighet, missbruk eller suicid i släkten? Hos vem/vilka?
Socialt	Familjesituation, civilstånd, arbete/studier/sjukskrivning/sjukbidrag, bostad, ekonomi. Relationer, nätverk.
Bakgrund/uppväxt/ trauman	Social och emotionell uppväxtmiljö, familjeförhållanden, syskon, skola, kamrater. Problem under uppväxten; föräldrars missbruk eller sjuklighet, misshandel, sexuella övergrepp, mobbning? Närrelationer. Trauman eller andra betydelsefulla händelser under senare livsfaser.
Somatiskt	Tidigare och aktuellt. Operationer? Sjukhusvård av annan orsak? Blodsmitta? Beakta speciellt somatisk sjukdom av betydelse för det psykiatriska tillståndets uppkomst eller behandling.
Allergi/ överkänslighet	
ANT (alkohol, narkotika, tobak)	Tidigare och aktuell konsumtion med angivande av mängder.
Tidigare psykiatriska symtom	Ålder vid symtomdebut? Vilka symtom? Tidsförlopp? Senare tillkomna symtom? När? Symptomfria intervall?
Tidigare psykiatrisk behandling	Avser såväl farmaka som andra behandlingsinsatser. När? Var? Vad? Effekter? Bieffekter?
Aggressivt beteende	Uppgifter om tidigare våldsamhet. Hur? Mot vem? I vilken situation? Drogpåverkan? Dömd för våldsbrott? Notera särskilt om det finns uppgifter om våld mot vårdpersonal.
Tidigare suicidalt beteende	Tidigare suicidförsök (antal, tidpunkt, metod, utlösande situation) suicidal kommunikation, ev. kontakt med suicidalt beteende hos närstående. Självskadande handlingar utan suicidalavsikt?
Aktuellt	Varför initieras kontakten? Aktuella händelser/omständigheter som bidragit till den process som lett fram till kontakten. Beskrivning av aktuell symtombild och hur den har utvecklats. Vid aktuell suicidalitet beakta: aktuell suicidal intention/styrkan och varaktigheten av självmordsbenägenhet, ev förberedelser för genomförande, ev. suicidal kommunikation (förbättras av information från närstående). Vilken behandling önskar patienten?
Aktuella behandlings- kontakter	Husläkare- Vem? Var? Psykiaterkontakt? Frekvens? Kontakt med psykoterapeut/KP/PO etc? Frekvens? Socialsekreterare? Annan betydelsefull professionell kontakt?
Aktuell medicinering	Ange alla farmaka som patienten <u>tar</u> , beredningsform, styrka och dosering. Diskrepans gentemot ordinerad dos? P-piller? Inkludera i förekommande fall även naturläkemedel.
Psykiiskt status	V g se nästa sida
Somatiskt status	
Bedömning	Avser såväl problematikens art som dess svårighetsgrad. Ange gärna preliminär diagnos och ev. differentialdiagnos enligt DSM-systemet. Gör gärna formuleringar beträffande psykologisk/psykoterapeutisk bedömning, beträffande hur stort/akut behovet av behandling är, och beträffande faktorer som bör beaktas vid fortsatt planering.
Åtgärd/planering	Avser såväl behandling som utredning. Sjukskrivning? Recept? Remisser? Inläggning? Inläggningsordination? Övervakning? LPT? Långsiktig planering?
Återbesök	Datum? Till vem?