

Kort beskrivelse av årsaken til at pasienten ble henvist

Aktuelle problemer/plager

Grad 1-4					Grad 1-4				
	< 6 mnd	8-12 mnd	>12 mnd	kontinuerlig/ tilbakevendende		< 6 mnd	8-12 mnd	>12 mnd	kontinuerlig/ tilbakevendende
<input type="checkbox"/> Depresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Traumer/mishandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Angst/stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tapsopplevelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psykose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Selvfølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Personlighets problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Relasjonsproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kognitive/læringsmessige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bolig/velferd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Spiseforstyrrelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Arbeid/skole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fysiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Annet (spesifiser under)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avhengighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Fare for skade

	Ingen	Mild	Middels	Alvorlig
Selv mord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selvskading	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fare for andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kriminalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ICD- 10 koder

	F/Z	Hoved kode	Under kode		F/Z	Hoved kode	Under kode
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F/Z	Hoved kode	Under kode		F/Z	Hoved kode	Under kode
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F/Z	Hoved kode	Under kode		F/Z	Hoved kode	Under kode
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F/Z	Hoved kode	Under kode		F/Z	Hoved kode	Under kode
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hva har pasienten gjort for å mestre eller unngå sine problemer?

Kryss av, og spesifiser hva som ble gjort.

Positive handlinger:

Negative handlinger:

Resultat av utredningen (Sett bare ett kryss)

Utredning/bare 1 samtale	<input type="checkbox"/>
Akseptert for behandling	<input type="checkbox"/>
Akseptert for utprøving av behandling	<input type="checkbox"/>
Langvarig behandling	<input type="checkbox"/>
* Henvist til andre tjenester	<input type="checkbox"/>
* Ikke egnet for behandling nå	<input type="checkbox"/>

*Hvis pasienten ikke starter i behandling, gi kort begrunnelse