

**APPENDIX**

**I**



## SPØRRESKJEMA FOR PASIENT

August 2006

Navn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

### Utdanning

- Universitet/høyskole  
 Videregående skole  
 Ungdomsskole

### Arbeid eller trygd

- I arbeid       Attføring  
 Sykmeldt       Arbeidsledig  
 Uføretrygdet       Annet

- Hadde du som barn diagnostisert hyperkinetisk lidelse/ADHD?      ja       nei
- Tror du selv at du som barn hadde ADHD?      ja       nei
- Ble du som barn behandlet med Ritalin eller amfetamin?      ja       nei
- Hvis ja, hvor lenge fikk du slik behandling? \_\_\_\_\_
- Har du eller har du hatt lese- eller skrivevansker?      ja       nei
- Har du eller har du hatt epilepsi?      ja       nei
- Har du eller har du hatt migrene?      ja       nei
- Har du eller har du hatt astma?      ja       nei
- Har du eller har du hatt betydelig angst eller depresjon?      ja       nei
- Har du eller har du hatt autisme, tics, Tourettes eller Aspergers syndrom?      ja       nei
- Har du eller har du hatt psykisk utviklingshemming?      ja       nei
- Har du bipolar eller manisk depressiv lidelse?      ja       nei
- Har du eller har du hatt problem med alkohol?      ja       nei
- Har du prøvd andre rusmidler?      ja       nei
- Har du eller har du hatt problem med andre rusmidler?      ja       nei
- Har du eller har du hatt annen psykisk lidelse?      ja       nei
- Har du fått behandling for annen psykisk lidelse enn ADHD?      ja       nei

### Er det noen blant dine foreldre, søsken eller barn som har eller har hatt:

- hyperkinetisk lidelse/ADHD?      ja       nei       usikker
- lese eller skrivevansker?      ja       nei       usikker
- epilepsi?      ja       nei       usikker
- migrene?      ja       nei       usikker
- astma?      ja       nei       usikker
- betydelig angst eller depresjon?      ja       nei       usikker
- autisme, tics, Tourettes eller Aspergers syndrom?      ja       nei       usikker
- psykisk utviklingshemming?      ja       nei       usikker
- bipolar(manisk depressiv) lidelse?      ja       nei       usikker
- problem med alkohol?      ja       nei       usikker
- problem med andre rusmidler?      ja       nei       usikker
- annen psykisk lidelse?      ja       nei       usikker

**Sett ring rundt det tallet som best mulig beskriver din atferd i løpet av de siste 6 måneder**

	Aldri	Sjelden	Av & til	Ofte	Veldig ofte
1. Hvor ofte gjør du ubetenksomme feil når du må arbeide med en kjedelig eller vanskelig oppgave?	0	1	2	3	4
2. Hvor ofte har du vansker med å opprettholde oppmerksomheten når du utfører kjedelig arbeid eller arbeid som innebærer gjentakelser?	0	1	2	3	4
3. Hvor ofte har du vansker med å konsentrere deg om hva andre sier til deg, selv om de snakker direkte til deg?	0	1	2	3	4
4. Hvor ofte har du vansker med å få gjort ferdig de siste detaljer av en oppgave, når den utfordrende delen er gjennomført?	0	1	2	3	4
5. Hvor ofte har du vansker med å få plassert saker i riktig rekkefølge når du arbeider med oppgaver som krever organisering?	0	1	2	3	4
6. Når du har en oppgave som krever mye gjennomtenkning, hvor ofte unngår eller utsetter du å begynne med den?	0	1	2	3	4
7. Hvor ofte har du forlagt eller har vansker med å finne igjen ting hjemme eller på jobben?	0	1	2	3	4
8. Hvor ofte distraheres du av aktiviteter og støy rundt deg?	0	1	2	3	4
9. Hvor ofte har du vanskeligheter med å huske avtaler eller forpliktelser?	0	1	2	3	4
10. Når du må sitte stille over en lengre tid, hvor ofte beveger du hender eller føtter på en urolig eller rastløs måte?	0	1	2	3	4
11. Hvor ofte må du forlate din plass i møter eller andre situasjoner, hvor det forventes at du blir sittende?	0	1	2	3	4
12. Hvor ofte føler du deg rastløs eller urolig?	0	1	2	3	4
13. Hvor ofte har du vansker med å koble ut og slappe av når du har tid til deg selv?	0	1	2	3	4
14. Hvor ofte føler du deg overaktiv og tvunget til å gjøre ting, som om du var drevet av en motor?	0	1	2	3	4
15. Hvor ofte opplever du at du snakker for mye i sosiale situasjoner?	0	1	2	3	4
16. Når du deltar i en samtale, hvor ofte fullfører du andres setninger før de selv kan gjøre det?	0	1	2	3	4
17. Hvor ofte har du vansker med å vente på at det er din tur i situasjoner hvor det forventes at man venter på tur?	0	1	2	3	4
18. Hvor ofte forstyrrer du andre når de er opptatt?	0	1	2	3	4

**Som barn var jeg/hadde jeg (sett ring rundt det tallet som passer best):**

	Ikke i det hele tatt el. bare litt	Av og til	En del	Nokså mye	Veldig mye
1. Konsentrasjonsproblemer, lett å distrahere	0	1	2	3	4
2. Engstelig, bekymret	0	1	2	3	4
3. Nervøs, urolig	0	1	2	3	4
4. Uoppmerksom, dagdrømmende	0	1	2	3	4
5. Hissig temperament, ble lett sint	0	1	2	3	4
6. Raserianfall	0	1	2	3	4
7. Problemer med å holde seg til en aktivitet, fullførte ikke det en hadde begynt på	0	1	2	3	4
8. Sta, sterk viljestyrke	0	1	2	3	4
9. Trist, deprimert, ikke glad	0	1	2	3	4
10. Ulydig, uforskammet, frekk	0	1	2	3	4
11. Dårlig selvbilde	0	1	2	3	4
12. Irritabel	0	1	2	3	4
13. Humørsyk, humøret svingte ofte	0	1	2	3	4
14. Sint	0	1	2	3	4
15. Vanskelig for å se ting fra andres synsvinkel	0	1	2	3	4
16. Handlet uten å tenke, var impulsiv	0	1	2	3	4
17. Tendens til å være umoden	0	1	2	3	4
18. Plaget av skyldfølelse og anger	0	1	2	3	4
19. Lett for å miste kontrollen over meg selv	0	1	2	3	4
20. Tendens til å være, eller oppføre meg irrasjonelt	0	1	2	3	4
21. Upopulær blant andre barn, hadde bare venner for en kort stund, kom dårlig overens med andre barn	0	1	2	3	4
22. Trøbbel med autoriteter, problemer på skolen, ble sendt til rektor	0	1	2	3	4
23. Lite flink, lærte sent	0	1	2	3	4
24. Problemer med matematikk eller tall	0	1	2	3	4
25. Fikk aldri vist hva jeg kunne klare	0	1	2	3	4

### 1. Har du noen gang hatt en periode da du ikke var slik du pleier å være og...

- ...følte deg så bra eller hadde så høyt tempo at andre mente du ikke var deg selv, eller hadde så høyt tempo at du kom opp i vanskeligheter? ja  nei
- ... var så irriterbar at du skrek til folk eller startet slåsskamp eller krangel? ja  nei
- ...følte deg mye mer selvsikker enn vanlig? ja  nei
- ...sov mye mindre enn vanlig og merket at du faktisk ikke trengte mer søvn? ja  nei
- ...var mye mer pratsom eller pratet mye raskere enn vanlig? ja  nei
- ...tankene raste gjennom hodet eller du kunne ikke roe ned tankegangen? ja  nei
- ...ble så lett distraheret av ting rundt deg at du hadde vansker med å konsentrere deg eller holde deg til saken? ja  nei
- ...hadde mye mer energi enn vanlig? ja  nei
- ...var mye mer aktiv eller gjorde mer enn vanlig? ja  nei
- ...var mye mer sosial eller utadventt enn vanlig, for eksempel ringte til venner midt på natten? ja  nei
- ...var mye mer interessert i sex enn vanlig? ja  nei
- ...gjorde ting som er uvanlig for deg, eller andre kan ha syntet var overdrevent, dumt eller risikabelt? ja  nei
- ...pengebruk fikk deg eller familien din vansker? ja  nei

### 2. Hvis du har krysset mer enn ett JA, har flere av dem forekommet i samme tidsperiode?

ja  nei

### 3. Hvor mye vansker skapte dette for deg – som at du ikke klarte jobben, fikk problemer med familien, økonomien eller politi/rettsapparat, kom i krangel eller slåsskamp? Sett ring rundt ett svar:

Ingen problem    Lite problem    Moderat problem    Alvorlig problem

## SKJEMA FOR LEGEOPPLYSNINGER

August 2006

Pasientens navn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Har pasienten fått diagnosen hyperkinetisk lidelse (ICD-10 F90)? ja  nei Har pasienten noen gang fått foreskrevet sentralstimulerende medikament? ja  nei 

- Ritalin  
 Concerta  
 Dekstroamfetamin  
 Racemisk amfetamin  
 Eventuelt annet \_\_\_\_\_

Når startet behandlingen? \_\_\_\_\_

Hvordan har effekten vært?

- Meget god  
 God  
 Usikker eller ingen effekt  
 Har hatt effekt, men sluttet pga. bivirkninger. (Hvilke? \_\_\_\_\_ )

Bruker pasienten fortsatt sentralstimulerende medikament? ja  nei 

Preparat/dosering \_\_\_\_\_

Har pasienten fått foreskrevet andre psykofarmaka og i tilfelle hvilke? \_\_\_\_\_

Legens navn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_





**APPENDIX**

**II**



Merk: Det skal fylles ut blankett for hvert barn (foster). Dør barnet etter fødselen, skal det også fylles ut legeerklæring om dødsfall, og/eller dødsfallet meldes til skifteretten (lensmannen).

Barnet	Barnet var	Født dag, mnd., år	Klokkeslett	Personnr.	Skriv ikke her	
	1 <input type="checkbox"/> Levende født 2 <input type="checkbox"/> Dødfødt foster					
	1 <input type="checkbox"/> Enkel 2 <input type="checkbox"/> Tvilling 3 <input type="checkbox"/> Trilling 4 <input type="checkbox"/> Firling	Kjønn		1 <input type="checkbox"/> Gutt 2 <input type="checkbox"/> Pike		
	Etternavn, alle fornavn (bare for levendefødte)					
Fødested. Navn og adresse på sykehuset/fødehjemmet		Kommune				
Faren	Etternavn, alle fornavn		Født dag, mnd., år	Bostedskommune		
Moren	Etternavn, alle fornavn. Pikenavn		Født dag, mnd., år			
	Bosted. Adresse		Kommune			
	Ekteskapolig status			Ekteskapsår (gifte)		
	1 <input type="checkbox"/> Ugift 6 <input type="checkbox"/> Samboende 2 <input type="checkbox"/> Gift 3 <input type="checkbox"/> Enke 4 <input type="checkbox"/> Separert 5 <input type="checkbox"/> Skilt					
	Antall tidligere fødte (før denne fødselen)	Levende fødte	Av disse i live	Dødfødte		
Er moren i slekt med faren?						
1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja. Hvilket slektskapsforhold:						
Morens helse før svangerskapet	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Sykdom (spesifiser):			Siste menstruasjons første blødningsdag		
Morens helse under svangerskapet	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Komplikasjoner (spesifiser):					
Ble fødselen provosert	1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja					
Inngrep under fødselen	1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja (spesifiser):					
	Inngrepet utført av					
1 <input type="checkbox"/> Lege 2 <input type="checkbox"/> Jordmor						
Komplikasjoner i forbindelse med fødselen	1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja (spesifiser):					
Fostervann, placenta og navlesnor	1 <input type="checkbox"/> Normalt 2 <input type="checkbox"/> Patologisk (spesifiser):					
Barnets tilstand	Bare for levende fødte. Tegn på asfyksi?		Apgarscore etter 1 min.		etter 5 min.	
	1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja					
	For levende fødte og dødfødte. Tegn på medfødt anomali, på skade eller sykdom?					
	1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja. Hvilke:					
Lengde (i cm)		Hode-omkr. (i cm)	Vekt (i g)	For døde Innen 24 timer Livet varte i	Timer	
				Min		
For dødfødte. Døden inntrådte		1 <input type="checkbox"/> Før fødselen 2 <input type="checkbox"/> Under fødselen		Dødsårsak:		
				Seksjon? 1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja		
Alvorlige arvelige lidelser i slekten	1 <input type="checkbox"/> Nei 2 <input type="checkbox"/> Ja Sykdommens art og hos hvilke slektinger:					

