

Remiss - Internetbehandling för:

Kryssa här! paniksyndrom depression social fobi

Avsändare, fullständig adress:	Datum:
	Patients personnummer:
	Patients namn:
	Patients AKTUELLA adress dit kallelser med mera ska skickas:
Remitterande läkare:	Patients telefonnummer <u>och mobilnummer</u> :
Skicka remiss till: Monica Hellberg Internetpsykiatri M46 Karolinska universitetssjukhuset Huddinge 141 86 Stockholm	Patients <u>e-postadress</u> :

Bästa remittent,

För patientens bästa och för att undvika onödig återremittering ber vi er fylla i punkterna nedan! Suicidala eller mycket deprimerade patienter (MADRS-S \geq 35) kan **inte** remitteras till Internetbehandling. Vid remissfrågor kontakta vår sjuksköterska Monica Hellberg: 08-5858 6672 / 070-570 00 52 / monica.hellberg@sil.se.

Punkt 1) Somatisk genes

Somatisk genes till de aktuella besvären har uteslutits.

Ja
Nej

OBS, för att Internetbehandling ska kunna bli aktuell måste punkt 1 besvaras med ja.

Punkt 2) Medicinering

Det är önskvärt att patienten *ej har påbörjat farmakologisk behandling mot ångest/ depression de senaste två månaderna*. I dessa fall är det vanligtvis bättre att följa upp utvärdering av farmakologisk behandling *innan* remiss till Internetbehandling skickas.

Har patienten påbörjat medicinering/ändrat dos de senaste två månaderna?

Ja
Nej **Punkt 3) Missbruk**

Föreligger aktivt missbruk eller beroende särskilt av alkohol eller bensodiazepiner?

Ja
Nej **Punkt 4) Övrigt**

Behärskar patienten talad och skriven svenska?

Ja

Har patienten tillgång till Internet?

Ja

Kan patienten tänka sig att bli kallad till Psykiatri Sydväst på Huddinge sjukhus för psykiatriskt läkarsamtal som del av bedömning för Internetbehandling?

Ja

OBS, för Internetbehandling måste samtliga frågor under punkt 4 besvaras med ja.

Observera att Internetpsykiatrienheten inte övertar ansvar för eventuell läkemedelsbehandling och sjukskrivning medan patienten går i Internetbehandling!

Vid paniksyndrom fyll i 1-3 nedan!

Punkt 1) Aktuella panikattacker

En panikattack avser en avgränsad episod av intensiv rädsla eller obehag där **minst fyra** av följande symtom utvecklas hastigt och snabbt når sin kulmen:

Markera symtom här!

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Palpitationer, bultande hjärta, hastig puls | <input type="checkbox"/> |
| 2. Svette | <input type="checkbox"/> |
| 3. Darrning eller skakning | <input type="checkbox"/> |
| 4. Känsla av att tappa andan | <input type="checkbox"/> |
| 5. Kvävningsskänsla | <input type="checkbox"/> |
| 6. Smärta eller obehag i bröstet | <input type="checkbox"/> |
| 7. Illamående eller obehag i magen | <input type="checkbox"/> |
| 8. Svindel, ostadighetskänslor eller matthet | <input type="checkbox"/> |
| 9. Derealiserings- eller depersonaliseringskänslor | <input type="checkbox"/> |
| 10. Rädsla att mista kontrollen eller bli tokig | <input type="checkbox"/> |
| 11. Dödsskräck | <input type="checkbox"/> |
| 12. Parestesier (domningar eller stickningar) | <input type="checkbox"/> |
| 13. Frossa eller värmevallningar | <input type="checkbox"/> |

Minst fyra av symtomen ovan uppfylls **Ja**

Punkt 2) Panikattackerna har varit återkommande under senaste 3 månaderna **Ja**

Punkt 3) Patienten har:

- a) Stark rädsla för ytterligare panikattacker
- b) Stark rädsla för betydelsen eller följderna av panikattackerna
- c) Undvikande av vardagliga aktiviteter som en följd av panikattackerna

Minst ett av symtomen i Punkt 3: a, b, c har kommit som en följd av attackerna: **Ja**

OBS, för att förmodat paniksyndrom ska föreligga måste svaret vara ja på ovanstående punkter 1-3!

Vid depression fyll i 1-3 nedan!

Punkt 1) Depressionsepisod

Markera nedan bland följande symtom om de förekommit under större delen av dagen, så gott som dagligen, under samma tvåveckorsperiod och har inneburit en förändring av personens tillstånd. Minst 5 av symtomen varav minst ett av symtomen 1. eller 2. nedan måste föreligga för depressionsepisod.

Markera symtom här!

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Nedstämdhet | <input type="checkbox"/> |
| 2. Klart minskat intresse för eller glädje av nästan alla aktiviteter | <input type="checkbox"/> |
| 3. Betydande viktförändring | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sömnstörning (för lite eller för mycket sömn) | <input type="checkbox"/> |
| 5. Psykomotorisk agitation eller hämning | <input type="checkbox"/> |
| 6. Svaghetskänsla eller brist på energi | <input type="checkbox"/> |
| 7. Känslor av värdelöshet eller överdrivna/obefogade skuldkänslor | <input type="checkbox"/> |
| 8. Minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet | <input type="checkbox"/> |
| 9. Återkommande tankar på döden, återkommande självmordstankar | <input type="checkbox"/> |

Uppfylls minst fem av symtomen ovan och 1 eller 2 ingår bland dessa? **Ja**

Punkt 2) Symtomen uppfyller inte kriterierna för blandepisod mani/depression
Bipolär eller psykosjukdom föreligger inte

Punkt 3) Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden

OBS, för att förmodad depression ska föreligga måste punkt 1 besvaras med ja samt 2-3 bekräftas!

Vid social fobi

Vid social fobi bör **samtliga** nedanstående kriterier vara uppfyllda:

Markera symtom här!

1. Bestående rädsla för att göra bort sig i sociala situationer
2. Den fruktade situationen framkallar så gott som alltid ångest.....
3. Man har insikt om att rädslan är överdriven
4. Den fruktade social situationen undviks helt/alt. uthärdas under ångest
5. Undvikandet eller ångesten omöjliggör normalt fungerande i vardagen.....
6. Hos personer under 18 år ska varaktigheten vara minst 6 månader