**BIVIRKNINGSSKEMA**

**Navn Cpr.nr. Dato:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDICIN**  Navn, styrke, antal doser pr. døgn | **Hvor længe har du fået denne behandling i denne dosering?**  **I dage/uger/måneder/år** | | | | | | |
| **Har du taget medicinen efter lægens anvisning?** | **JA** | **NEJ – fordi …** | | | | | |
| **Har du i den sidste 4 uger oplevet mere …** |  |  | | | | | |
|  | **Før medicin**  **1 - 5** | **0**  **Slet ikke** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5**  **Vold -**  **somt** |
| **Indre uro, anspændthed** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bide sig selv i læben, kæben** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Skære tænder i søvne** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nedsat søvn Længde** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Øget søvn Længde** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nedsat søvn Behov** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Øget søvn Behov** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Svært ved at falde i søvn (mere end 30 min)** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Før medicin**  **1 - 5** | **0**  **Slet ikke** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5**  **Vold -somt** |
| **Mareridt, høj drømmeaktivitet** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Rystende arme, hænder, ben, sitren i kroppen** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mindre appetit, madlede** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Større appetit, svært ved at lade være med at spise** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Før medicin**  **1 - 5** | **0**  **Slet ikke** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5**  **Vold -**  **somt** |
| **Ændret smagsoplevelse** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kvalme** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mavepine** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Forstoppelse** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Diarré** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hjertebanken** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Svimmelhed** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pludselig blussen i ansigtet, rødme** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Svedeture, hedeture** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mundtørhed** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tics** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Muskelkramper** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hovedpine** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Muskelspændinger** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Migræne** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nedsat seksuallyst** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Øget seksuallyst** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Sværere ved at opnå udløsning** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Sværere ved at opnå orgasme** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Før medicin**  **1 - 5** | **0**  **Slet ikke** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5**  **Vold -**  **somt** |
| **Tørhed i skeden** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pludseligt behov for at tisse, vandladningstrang** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hudkløe eller eksem** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Trist, ulykkelig** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Angst, panikanfald** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Overaktiv, manisk** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Når medicinen er i kroppen**  **Bliver hurtigere vred eller irriteret** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Når medicinen er ude af kroppen**  **Bliver lettere vred eller irriteret** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Generet af lyd omkring dig** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Generet af lys** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Generet af berøring** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mere isoleret, indadvendt** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mindre isoleret, mere udadvendt** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Andre – hvilke:** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Er bivirkningerne større end effekten af medicinen?** | JA | Nej |
| **Hvor meget oplever du bivirkningerne påvirker din dagligdag?** | | |
| Ingen bivirkninger |  | |
| Lette bivirkninger der ikke påvirker dagligdagen |  | |
| Bivirkninger der påvirker dagligdagen moderat |  | |
| Bivirkninger der påvirker dagligdagen uacceptabelt |  | |
| **Konsekvens** | | |
| Ingen forholdsregler |  | |
| Hyppigere kontrol uden dosis nedsættelse |  | |
| Nedsat dosis |  | |
| Ophør |  | |
| Skift til andet præparat – hvilket? |  | |