

Ansökningsformulär RÅDGIVNING NEDTRAPPNING (läkemedel)



Jag läkare eller patient (kryssa för) **önskar rådgivning om nedtrappningsprocessen för nedanstående patient med följande egenskaper:**

Patient fick (läkemedel) **för indikationen:**
Patienten har för tillfället inga besvär: ja nej (kryssa för)
Anledningen/anledningarna till nedtrappningen är:

Kryssa för alla alternativ som gäller:

- 1a. Riskfaktor:**
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> missad dos: | patient har utsättningssymtom redan efter en missad dos |
| <input type="checkbox"/> rädsla för nedtrappning: | patient känner rädsla för nedtrappningen |
| <input type="checkbox"/> tidigare misslyckande: | tidigare försök att sluta har misslyckats |
| <input type="checkbox"/> skillnad: | det är nödvändigt att kunna skilja mellan ett återfall och utsättningssymtom eller rebound |
| <input type="checkbox"/> långsam metaboliserare: | den lägsta dosen ger en hög plasmakoncentration |
| <input type="checkbox"/> hög dos: | dosen har längre än 6 månader varit högre än 100 % av DDD |
| <input type="checkbox"/> start: | vid start av behandlingen uppstod problem med effekt/biverkningar |
| <input type="checkbox"/> tidigare bytt: | patienten har en gång tidigare bytt psykofarmaka |
| <input type="checkbox"/> övrigt | |

1b. Varaktighet av användning av läkemedel: <1 år 1-2 år 2-5 år 5-10 år >10 år

1c. Nuvarande intag av medicin:

..... mg tidpunkt kl.	<input type="checkbox"/> nedtrappning	önskad slutdos
..... mg tidpunkt kl.	<input type="checkbox"/> nedtrappning	önskad slutdos
..... mg tidpunkt kl.	<input type="checkbox"/> nedtrappning	önskad slutdos
..... mg tidpunkt kl.	<input type="checkbox"/> nedtrappning	önskad slutdos

1d. Övriga orala läkemedel:

..... (namn) mg per dag
..... (namn) mg per dag
..... (namn) mg per dag
..... (namn) mg per dag
..... (namn) mg per dag
..... (namn) mg per dag

1e. Övriga upplysningar:

1f. Tabletter är önskat administreringsätt ja (kryssa för)

1g. Patienten önskar nedtrappningsperioden: .. månader (antal) eller
 10 % per vecka (=30 % per månad)
 15 % per vecka (=50 % per månad)

1h. Patienten samtycker till informationsutbyte med lokalt apotek: ja (kryssa för)

Lokalt apotek:

1i. Namn sjukförsäkringsgivare:

2. Initialer och namn patient:

Födelsedatum: Kön: M / K Personnummer:

Gata och husnummer:

Postnummer och ort: Land:

E-postadress (**obligatoriskt**): Telefon:

3. Namn förskrivande läkare:

Förskrivarkod:

Gata och husnummer:

Postnummer och ort:

E-postadress (**obligatoriskt**): Telefon:

Jag bekräftar härmed att all begärd information har lämnats sanningsenligt.

Datum: Stämpel läkare (önskvärt):

Underskrift läkare eller patient: