

Dag/datum **Händelse** – Här kan du skriva viktiga händelser



Psykiatriska kliniken Sydväst
Affektiva mottagningen

Tel 08-585 866 26/34 ● Fax 08-585 866 30
Tel ECT-enheten 08-585 866 22 ● Fax 08-585 866 30

NAMN:

ÅR: **MÅNAD:**

BLAD NR:

Stämningssdagbok-M

Markera med ett kryss hur ditt stämningssläge/din aktivitetsnivå varit under dagen. Om det varit såväl "uppåt" som "nedåt", sätt flera kryss. Markera på samma sätt hur du upplevt ditt minne.

Ange med siffra (1-3 efter svårighetsgrad) om du besvärats av ångest, irritabilitet eller koncentrationssvårigheter.

På raden "Annat" kan du fylla i något som är viktigt för just dig. Det kan vara antalet sömntimmar eller något särskilt symtom, som du också kan gradera 1-3. Diskutera detta med din behandlande läkare.

Ta för vana att förvara dagboken vid sängen, och fyll efter varje dag i hur den dagen känns. Glöm inte att fylla i medicineringen!

Återbesök/behandling

Dag	Tid	Kommentar	Dag	Tid	Kommentar
Datum			Datum		

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
FÖRHÖJT	Stämningssläge/Aktivitet																															
	Svår , kraftig påverkan på livsföringen																															
	Måttlig , viss påverkan på livsföringen																															
SÄNKT	Lindrig , ingen påverkan på livsföringen																															
	Normalt stämningssläge																															
	Lindrig , ingen påverkan på livsföringen																															
	Svår , kraftig påverkan på livsföringen																															

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SVÅRIGHET	MINNE																															
	Normal minnesfunktion																															
	Lindrig , ingen påverkan på livsföringen																															
	Svår , kraftig påverkan på livsföringen																															

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
0: saknas 1: Lindrig 2: Måttlig 3: Svår																															
Ångest																															
Irritabilitet																															
Koncentrationssvårighet																															

Annat: _____																															
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Medicin; preparat, styrka, antal per dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
.....																															
.....																															
.....																															
.....																															
.....																															
.....																															
.....																															

ECT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Sign sjuksköterska																															
Sign läkare																															