

BIVERKNINGSFORMULÄR VID CENTRALSTIMULANTIABEHANDLING

Namn: _____ Personnr: _____ - _____ Preparat: _____

Ansvarig läkare: _____

Symtom	Datum/ dos	Datum/ dos	Datum/ dos	Datum/ dos
Insomningssvårigheter				
Tidigt uppvaknande				
Orolig sömn, vaknar upp nattetid				
Ökat sömnbehov				
Huvudvärk				
Buksmärtor				
Diarré				
Förstoppning				
Muntorrhet				
Tics				
Oro, ångslighet, nervositet				
Irritabilitet/aggressivitet				
Nedstämdhet, dysfori				
Upprymdhet, hypomani				
Hjärtklappning				
Yrsel, ostadighetskänsla				
Minskad aptit				
Ökad aptit				
Impotens				
Minskad sexuell lust				
Svettningar				
Svårigheter vid vattenkastning				

3 = ofta; 2 = då och då; 1 = enstaka ggr; 0 = aldrig