**Extra frågeformulär för läkare**

**Patient-ID (initialer, födelsedatum): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Användning och distributionsmönster**

Under behandling med Attentin rekommenderas att dexamfetamin sätts ut minst en gång om året. Under den tiden kan eventuellt beroende observeras.

Patienten ska också monitoreras regelbundet vad gäller risk för avvikande användning, felaktig användning och missbruk.

För att kontrollera om ett beroende eller missbruk av Attentin uppstått, eller om det använts felaktigt eller på ett avvikande sätt, ber vi dig svara på följande frågor:

Vilken är den diagnostiserade indikationen för Attentin

Vilken är förskrivningsplanen för Attentin?

Vilken är den nuvarande intagsplanen för patienten?

Har patienten missbruk av substansen i anamnesen?

Ja Nej

Om ja, specificera:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har patienten utvecklat ett missbruk av substansen under behandlingen med Attentin?

Ja Nej

Om ja, specificera:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Begär patienten ovanligt höga och/eller frekventa ökningar av doseringen för Attentin?

Ja Nej

Begär patienten extra och/eller högre styrkor av Attentin?

Ja Nej

Har patienten nämnt att han/hon tar Attentin av andra orsaker än för att behandla den bakomliggande sjukdomen?

Ja Nej

Om ja, specificera:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har patienten nämnt att han/hon ger Attentin till andra?

Ja Nej

Om ja, specificera till vem:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har du en känsla av att patienten går till flera läkare för att få förskrivning av Attentin?

Ja Nej

Om ja, specificera:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Under tiden som läkemedlet är tillfälligt utsatt, visar patienten fysiska utsättningssymtom?

Ja Nej

Om ja, vilket/vilka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har symtom på amfetaminförgiftning inträffat?

Ja Nej

Om ja, vilket/vilka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum/underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Läkarstämpel:

Tack så mycket för ditt samarbete.

**VÄNLIGEN FAXA DET IFYLLDA FRÅGEFORMULÄRET TILL:**

**08-544 960 49**

**ELLER MEJLA TILL: PV@evolan.se**