BIPOLAR balance

FORMULÉR BEHANDLINGSMÅL

Hvad vil du gerne opnå med din behandling? Med en behandlingsplan kan du løbende følge op på, hvordan det går med din sygdom, og om behandlingen virker, som den skal. Overvej fx følgende:

- Hvad vil du gerne kunne i din hverdag?
- Hvornår føler du, at du er velbehandlet?
- Hvor tæt er du på målet? (1-10)

ER DU I BIPOLAR BALANCE?

Notér hver dag, hvordan du har det. På den måde kan du se dit sygdomsmønster og forsøge at identificere, hvad der trigger din sygdom.

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
STEMNING: HVORDAN HAR DU DET?																															
Svær mani																															
Moderat mani																															
Let mani																															
Normalt stemningsleje																															
Let depression																															
Moderat depression																															
Svær depression																															
Angst (1-10)																															
Irritation (1-10)																															
Stress (1-10)																															
HVERDAG																															
Hvor mange timer har du sovet i nat?																															
Hvad tid faldt du i søvn i går?																															
Hvad tid vågnede du i morges?																															
Har du drukket alkohol? (genstande)																															
Har du drukket kaffe? (genstande)																															
Har du dyrket motion?																															
Har du glemt nogle aftaler?																															
LÆGEMIDDEL/LÆGEMIDLER:																															
OPLEVER DU BIVIRKNINGER? HVIS JA, HVILKE:																															
Hovedpine (1-10)																															
Træthed (1-10)																															
Kvalme (1-10)																															
Diarré (1-10)																															
Svimmelhed (1-10)																															
Hjertebanken (1-10)																															
Rysten på hænderne (1-10)																															
Øget tørst (1-10)																															
Vægtøgning (1-10)																															

Hæmmer birvirkningerne dig i din hverdag? _____

_____

Kommentarer/begivenheder: _____

_____