



## Registrering af bivirkninger til centralstimulantia

Barnets navn:

Barnets CPR-nummer:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dette skema er udfyldt af:

Dato:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Vejledning:

Sæt en cirkel om det tal, der beskriver barnets eventuelle bivirkninger derhjemme eller i skolen.

Adfærd	Aldrig/ sjældent	Nogle gange	Ofte	Meget ofte
Nedsat appetit	0	1	2	3
Mavepine	0	1	2	3
Hovedpine	0	1	2	3
Hjertebanken	0	1	2	3
Tics eller nervøse trækninger	0	1	2	3
Svimmelhed	0	1	2	3
Dårlig søvn eller indsovningsvanskeligheder	0	1	2	3
Mareridt	0	1	2	3
Ked af det/trist	0	1	2	3
Kommer nemt til at græde	0	1	2	3
Ængstelig eller bange	0	1	2	3
Opstemt/i usædvanligt godt humør	0	1	2	3
Virker sløv eller døsig	0	1	2	3
Er ofte fjern og dagdrømmende	0	1	2	3
Taler mindre med andre	0	1	2	3
Uinteresseret i andre	0	1	2	3
Perseveration ('kører i rille')	0	1	2	3