

MDQ - Screening för bipolaritet Vuxenpsykiatri

1	Har det någon gång i ditt liv funnits en period då du upplevt att du inte varit ditt normala jag och...	Ja	Nej
	...du mådde så bra eller var så överaktiv att andra inte tyckte du var dig lik, eller du var så uppåt att du ställde till med problem för dig själv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...du var så irriterad att du blev högljudd eller skrek åt människor, började gräja eller blev våldsam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...du kände dig mycket mer självsäker än vanligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...du sov betydligt mindre än vanligt utan att det påverkade dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...du var mycket mer pratsam eller pratade fortare än vanligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...tankar rusade i huvudet eller du inte kunde hejda tankeflödet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...du var så lätt distraherad av händelser omkring dig att du hade svårt att koncentrera dig eller vara fokuserad på en uppgift?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...du hade mycket mer energi än vanligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...du var mycket mer aktiv eller gjorde många fler saker än vanligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...du var betydligt mer social och utåtriktad än vanligt? (T ex ringde vänner mitt i natten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...du var mycket mer intresserad av sex än i vanliga fall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...du gjorde saker du inte brukar göra eller som andra människor skulle ha tyckt var överdrivna, tokiga eller riskabla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...du slösade med pengar på ett sätt som skapade problem för dig eller din familj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Om du svarat "ja" på mer än en av ovanstående frågor, har då flera av dessa någonsin inträffat under samma tidsperiod?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	I vilken utsträckning orsakade dessa saker problem för dig? (T ex oförmåga att arbeta, svårigheter att fungera i familjen, ekonomiska problem, juridiska problem, meningsskiljaktigheter, bråk eller våldsamheter)		
	Inga problem	Mindre problem	Problem
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Allvarliga problem
			<input type="checkbox"/>

Namn:

Datum: