



ADHD GYÓGYSZER-BEÁLLÍTÁS SZÜLŐI VISSZAJELZŐ ÍV TITRÁLÁSI IDŐSZAKRA

Gyermek neve: _____

Gyermek TAJ száma: _____

Dátum: _____

Gyógyszer és dózis: _____

1. Gyógyszerszedés

Minden nap bevette: igen nem

Kimaradt napok: _____

Megjegyzés, kimaradás oka: _____

2. SZOMATIKUS ADATOK

Paraméter	Érték	Megjegyzés
Testsúly (kg)	_____	
Vérnyomás (Hgmm)	_____/____	
Pulzus (ütés/perc)	_____	

Megjegyzés: _____

Étvágycsökkentés (0–4)

0 = nincs étvágya | 4 = teljesen normális

0 1 2 3 4

Alvás (0–4)

0 = nagyon rossz | 4 = teljesen rendben

0 1 2 3 4

MONITOROZÁSI ÚTMUTATÓ SZÜLŐKNEK

- Testsúly: hetente (beállítás alatt), majd 3 havonta
- Vérnyomás/pulzus: hetente, majd 3–6 havonta
- Magasság: 6 havonta
- EKG: csak panasz vagy kockázat esetén
- Labor: évente javasolt, első alkalommal TSH



3. HATÉKONYSÁG (0–4 skála)

0 = nincs javulás | 4 = nagyon jó hatás

Terület 0 1 2 3 4

Figyelem

Hiperaktivitás

Impulzivitás

Megjegyzés:

4. MŰKÖDÉS (0–4)

Terület 0 1 2 3 4

Iskola / órai munka

Házi feladat

Otthoni viselkedés

Kapcsolatok

5. HATÁSPROFIL

Mikor kezd hatni: _____

Meddig tart: _____

Tapasztal:

délutáni visszaesést

rebound (hirtelen romlás)

túlzott lelassulás

6. MELLÉKHATÁSOK

Jelölje, ha volt:

étvágycsökkenés

alvászavar

fejfájás

hasfájás

ingerlékenység

szorongás

„nem önmaga”

tic

szívdobogás

szédülés

Mennyire zavaró? (0–4)

0 1 2 3 4



7. LABOR ÉS KARDIOLÓGIAI KÖVETÉS

Labor

Utolsó labor időpontja: _____

Volt eltérés?

nem igen → _____

Szükséges kontroll?

nem igen

Következő labor időpontja: _____

Beutaló:

megvan még kérni kell

Kardiológia / EKG

Utolsó vizsgálat: _____

Volt eltérés?

nem igen → _____

Szükséges kontroll?

nem igen

Következő vizsgálat: _____

Beutaló:

megvan még kérni kell

Szülői ellenőrzés

Időpont lefoglalva

Beutaló megvan

Még intézni kell

8. ÖSSZBENYOMÁS

A gyógyszer hatása:

0 nincs 1 kicsi 2 közepes 3 jó 4 nagyon jó

Megjegyzés:

9. MEGJEGYZÉS, KÉRDÉS AZ ORVOSNAK