

**Bipolar type I Disorder  
IDGN-BP-A11**

**I. INCLUSION AND EXCLUSION CRITERIA**

**INCLUSION CRITERIA**

	Yes	No
1. Subject is diagnosed with <b>Bipolar type I disorder subtypes</b> according to DSM-IV: a. Single Manic Episode – 296 or 296.0x. b. Most recent Episode Hypomanic – 296.4. c. Most recent Episode Manic – 296.4 or 296.4x. d. Most recent Episode Mixed – 296.6 or 296.6x. e. Most recent Episode Depressed – 296.5 or 296.5x. f. Most recent Episode Unspecified – 296.7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. All 4 grandparents are of Ashkenazi ethnic origin as declared by the subject.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subject or Subject legal representative has signed the informed consent form.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**EXCLUSION CRITERIA**

1. Subject is diagnosed with <b>any of the Bipolar NOS – 296.8.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Subject is diagnosed with at least one of the following (Bipolar type I disorder differential diagnosis list): <b>Mood disorder due to a general medical condition</b> ; Substance-induced Mood disorder; Major Depressive disorder; Dysthymic disorder; <b>Bipolar II disorder</b> ; <b>Cyclothymic disorder</b> ; Psychotic disorders (e.g., Schizoaffective disorder, Schizophrenia and Delusional disorder); Secondary mania induced by hyperthyroidism; Neurologic disorder such as Huntington's, Wilson's disease, cerebrovascular accident.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subject is a known carrier of a blood transmitted infectious disease or suffers from conditions in which phlebotomy is contra-indicated.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Subject is eligible for the study, if all INCLUSION criteria are YES  
and all EXCLUSION criteria are NO.**

**INVESTIGATOR'S STATEMENT CONCERNING DATA VERIFICATION**

I have verified the data entered in the Case Report Form and have determined that it is complete, accurate and compatible with the source documents.

\_\_\_\_\_  
Investigator's name (printed)

\_\_\_\_\_  
Investigator's signature

/  /   
 Day Month Year

Where appropriate mark like this  (not like this )

**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**

**Bipolar type I Disorder  
IDGN-BP-A11**

**II. DEMOGRAPHICS**

1. Sex:  Male

Female

2. Date of birth:   /    
Month Year

3. Country of birth: \_\_\_\_\_

4. Year of immigration:

5. Ethnic origin:  Ashkenazi \*  
 Sepharadi \*  
 Mixed \*\*  
 Other: \_\_\_\_\_  
(specify)

\* All 4 grandparents are of the same ethnic origin as declared by the subject.

\*\* Not all grandparents are of the same ethnic origin.

6. Marital Status:  Single  
 Married  
 Separated  
 Divorced  
 Widow/er

**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**

**Bipolar type I Disorder  
IDGN-BP-A11**

<b>III. FAMILY HISTORY</b>	
<b>1. Mother</b>	<b>2. Father</b>
Country of birth	Country of birth
1.1 Mother: _____	2.1 Father: _____
1.2 Grandfather: _____	2.2 Grandfather: _____
1.3 Grandmother: _____	2.3 Grandmother: _____
1.4 Mother suffers from <b>Bipolar type I</b> :	2.4 Father suffers from <b>Bipolar type I</b> :
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
1.5 Mother suffers from <b>Major Depression</b> :	2.5 Father suffer from <b>Major Depression</b> :
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
<b>Blood relatives:</b>	
3.1 Number of brothers and sisters*:	□□
3.2 How many of them suffer(ed) from <b>Bipolar type I</b> ?	□□
3.3 How many of them suffer(ed) from <b>Major Depression</b> ?	□□
4.1 Number of uncles and aunts*:	□□
4.2 How many of them suffer(ed) from <b>Bipolar type I</b> ?	□□
4.3 How many of them suffer(ed) from <b>Major Depression</b> ?	□□
5.1 Regarding grandparents:	
5.2 How many of them suffer(ed) from <b>Bipolar type I</b> ?	□□
5.3 How many of them suffer(ed) from <b>Major Depression</b> ?	□□
6.1 Approximate age at onset for the 5 closest blood relatives with <b>Bipolar type I</b> and <b>Major Depression</b> *	
<b>Bipolar type I:</b>	□□   □□   □□   □□   □□
<b>Major Depression:</b>	□□   □□   □□   □□   □□
*If exact number is unknown, give approximate number.	

**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**

**Bipolar type I Disorder  
IDGN-BP-A11**

**IV. MEDICAL HISTORY – DISEASE CHARACTERISTICS**

1. Age at diagnosis:

2. The disorder is characterized by which of the following (choose one or more):

2.1 Recurrent manic episodes:

2.2 Rapid cycling:

2.3 Seasonal pattern:

	<b>Yes</b>	<b>No</b>
3. Does the patient suffer from diurnal mood variations?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Was there significant thyroid dysfunction before or immediately after the patient was diagnosed as Bipolar type I?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

5. Does the patient suffer from migraine headaches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

		<b>Unknown</b>	
6. Is the patient known to be colorblind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Specify other major chronic diseases (e.g. Diabetes): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**

**Bipolar type I Disorder  
IDGN-BP-A11**

V. MEDICATIONS										
		Was the medication generally effective?			Specify the relevant adverse reactions if they mandated dose reduction, discontinuation or addition of another medication.					
1. Antipsychotics:	Year treatment started	Yes	No	Unknown	Parkinsonism	Akathisia	Dystonia	Tardive Dyskinesia	Neuroleptic Malignant Syndrome	Other
<b>Chlorpromazine</b> (Tarocyl)										
<b>Levomopromazine</b> (Nozinan, Methozane)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Thioridazine</b> (Melleril, Ridazine)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Perhenazine</b> (Perphenan)										
<b>Fluphenazine</b> (Moditen, Modecate)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Chlorprothixene</b> (Taractan, Truxal)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Haloperidol</b> (Halidol, Habpen, Pericate, Perido)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pimozide</b> (Orap)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Sulpiride</b> (Modal)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Clozapine</b> (Leponex)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Risperidone</b> (Risperdal)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Olanzapine</b> (Zyprexa)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Zuclopenthixol</b> (Clopixol)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**

**Bipolar type I Disorder  
IDGN-BP-A11**

V. MEDICATIONS (cont.)								
		Was the medication generally effective?			Specify the relevant adverse reactions if they mandated dose reduction, discontinuation or addition of another medication.			
2. Antidepressants:	Year treatment started	Yes	No	Unknown	Mania	Psychosis	Cardiac effect	Other
<b>Amitriptyline</b> (Elatrol, Tryptal)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Imipramine</b> (Primonil, Tofranil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Clomipramine</b> (Anafranil, Maronil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Desipramine</b> (Deprexan)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Doxepin</b> (Gilex)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Mianserin</b> (Bonserin, Bolvidon)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Maprotiline</b> (Ludiomal, Melodil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Phenelzine</b> (Nardil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Fluoxetine</b> (Affectine, Flutine, Prizma, Prozac)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Trazodone</b> (Depyrel, Trazodil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Fluvoxamine</b> (Favoxil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Sertraline</b> (Lustral)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Paroxetine</b> (Seroxate, Paxxet 20)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Reboxetine</b> (Edronax)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Citalopram</b> (Cipramil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Nefazodone</b> (Serzonil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Venlafaxine</b> (Efexor)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**

**Bipolar type I Disorder  
IDGN-BP-A11**

<b>V. MEDICATIONS (cont.)</b>					
		<b>Was the medication generally effective?</b>			<b>Specify adverse reaction if it mandated dose reduction, discontinuation or addition of another medication.</b>
<b>3. Mood Stabilizers:</b>	<b>Year treatment started</b>	<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unknown</b>	
<b>Lithium salts</b>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Carbamazapine</b> (Tegretol, Teril)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Valproic acid</b> (Valporal, Depalept)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Clonazepam</b> (Clonex, Rivotril)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**

**Bipolar type I Disorder  
IDGN-BP-A11**

VI. SCID – SUMMARY SCORE SHEET						
עומד בקריטריונים לאבחנה בחודש האחרון		תחלואה מצטברת במהלך החיים				קוד אבחנה
קיים	לא קיים	קיים	תת-גבולי	לא קיים	אינפו. לא מספקת	<b>MOOD DISORDERS</b> <b>הפרעות מצב-רוח</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bipolar I Disorder (D.1) הפרעה ביפולארית I 01
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bipolar II Disorder (D.2) הפרעה ביפולארית II 02
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other Bipolar Disorder (D.4) הפרעה ביפולארית אחרת 03
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Major Depressive Dis. (D.6) הפרעת דיכאון מובהק 04
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dysthymic Disorder (current only) הפרעה דיסתימית (עכשווית בלבד) (A.41) 05
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressive Dis. not otherwise specified (D.8) הפרעות דיכאון אחרות 06
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mood Disorder due to a general medical condition הפרעת מצב-רוח כתוצאה מבעיה רפואית גופנית (A.44) 07
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Substance-induced Mood Disorder הפרעות מצב-רוח הנגרמות עקב שימוש בחומר ממכר (A.46) 08

**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**



**Bipolar type I Disorder  
IDGN-BP-A11**

VI. SCID – SUMMARY SCORE SHEET (cont.)							
עומד בקריטריונים לאבחנה בחודש האחרון		תחלואה מצטברת במהלך החיים				קוד אבחנה	
קיים	לא קיים	קיים	תת-גבולי	לא קיים	אינפו. לא מספקת		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SCHIZOPHRENIA AND OTHER PSYCHOTIC DISORDERS סכיזופרניה והפרעות פסיכוטיות אחרות	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schizophrenia (C.1) סכיזופרניה	09
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schizophreniform Dis. הפרעה סכיזופרניפורמית (C.8)	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schizoaffective Dis. הפרעה סכיזואפקטיבית (C.10)	11
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Delusional Disorder (C.13) הפרעה דלוזיונאלית	12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brief Psychotic Dis. הפרעות דיכאון אחרות (C.15)	13
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychotic Disorder due to a general medical condition הפרעה פסיכוטית עקב בעיה רפואית גופנית (C.17)	14
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Substance-Induced Psychotic Disorder הפרעה פסיכוטית הנגרמת עקב שימוש בחומר ממכר (19.C)	15
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychotic Disorder NOS הפרעה פסיכוטית אחרת (C.20)	16

**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**

**Bipolar type I Disorder  
IDGN-BP-A11**

VI. SCID – SUMMARY SCORE SHEET (cont.)						
עומד בקריטריונים לאבחנה בחודש האחרון		תחלואה מצטברת במהלך החיים				קוד אבחנה
קיים	לא קיים	קיים	תת-גבולי	לא קיים	אינפו. לא מספקת	<b>SUBSTANCE USE DISORDERS</b> הפרעות הקשורות בשימוש בחומר ממכר
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcohol אלכוהול (E.3/E.6) 17
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sedative-Hypnotic- Anxiolytics סמי הרגעה/שינה/נוגדי חרדה (E.18/E.24) 18
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cannabis חשיש (E.18/E.24) 19
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stimulant סמים מעוררים (E.18/E.24) 20
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opioid אופיואידים (E.18/E.24) 21
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cocaine קוקאין (E.18/E.24) 22
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hall. /PCP PCP או הלוצינוגנים (E.18/E.24) 23
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poly Drug ריבוי סמים (E.18) 24
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other אחר (E.18/E.24) 25

**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**

**Bipolar type I Disorder  
IDGN-BP-A11**

VI. SCID – SUMMARY SCORE SHEET (cont.)						
עומד בקריטריונים לאבחנה בחודש האחרון		תחלואה מצטברת במהלך החיים				קוד אבחנה
קיים	לא קיים	קיים	תת-גבולי	לא קיים	אינפו. לא מספקת	<b>ANXIETY DISORDERS</b> הפרעות חרדה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Panic Disorder (F.5) תסמונת האימה 26
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agoraphobia without History of Panic Disorder (AWOPD) אגרופוביה בלי היסטוריה של תסמונת האימה (F.9) 27
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Social Phobia (F.14) פוביה חברתית 28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Specific Phobia (F.18) פוביה ספציפית 29
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obsessive Compulsive Disorder הפרעה טורדנית-כפייתית (F.23) 30
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Post-traumatic Stress Disorder הפרעה פוסט-טראומטית (F.29) 31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Generalized Anxiety הפרעת חרדה כללית (F.34) 32
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anxiety Disorder due to a general medical condition הפרעת חרדה עקב בעיה רפואית גופנית (F.37) 33
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Substance-Induced Anxiety Disorder הפרעת חרדה הנגרמת עקב שימוש בחומר ממכר (F.39) 34
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anxiety Disorder NOS (F.40) הפרעת חרדה אחרת 35

**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**

**Bipolar type I Disorder  
IDGN-BP-A11**

VI. SCID – SUMMARY SCORE SHEET (cont.)						
עומד בקריטריונים לאבחנה בחודש האחרון		תחלואה מצטברת במהלך החיים				קוד אבחנה
קיים	לא קיים	קיים	תת-גבולי	לא קיים	אינפו. לא מספקת	<b>SOMATOFORM DISORDERS</b> <i>הפרעות סומאטופורמיות</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Somatization Disorder (G.6) הפרעת סומאטיזציה 36
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pain Disorder (G.7) הפרעת כאב 37
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Undifferentiated Somatoform Disorder (G.9) הפרעה סומאטופורמית בלתי מובדלת 38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypochondriasis (G.11) היפוכונדריה 39
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Body Dysmorphic הפרעה דיסמורפית גופנית (G.12) 40
<b>EATING DISORDERS</b> <i>הפרעות אכילה</i>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anorexia Nervosa (H.2) אנורקסיה נרבוזה 41
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bulimia Nervosa (H.5) בולימיה נרבוזה 42
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Binge Eating Disorder (H.8) הפרעות התקפי-זלילה 43
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adjustment Disorders הפרעות הסתגלות (1.2) 44
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other DSM-IV Axis I Disorder הפרעה אחרת של DSM-IV בציר I 45

**SUBJECT  
BARCODE  
STICKER**