

Schizoaffective Disorder

IDGN-SA-A10

I. INCLUSION AND EXCLUSION CRITERIA		
INCLUSION CRITERIA		
	Yes	No
1. Subject is diagnosed with Schizoaffective disorder – 295.7 according to DSM-IV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. All 4 grandparents are of Ashkenazi Jew ethnic origin as declared by the subject.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subject or Subject's legal representative has signed the informed consent form.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXCLUSION CRITERIA		
1. Subject is diagnosed with any of the Schizophrenia subtypes according to DSM-IV: <ul style="list-style-type: none"> a. Paranoid type – 295.3 b. Catatonic type – 295.2 c. Disorganized type – 295.1 d. Undifferentiated type – 295.9 e. Residual type – 295.6 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Subject is diagnosed with any of the Bipolar type I subtypes or Bipolar type II – 296.xx according to DSM-IV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subject is diagnosed with at least one of the following (Schizoaffective disorder differential diagnosis list): Psychotic disorder due to a general medical condition , Delirium or dementia; Substance-induced Psychotic disorder; Substance-induced Delirium; Delusional disorder; Psychotic disorder not otherwise specified.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Subject is a known carrier of a blood transmitted infectious disease (e.g. HIV) 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**

II. DEMOGRAPHICS1. Sex: Male Female2. 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**

III. FAMILY HISTORY	
<p>1. Mother</p> <p style="text-align: right;">Country of birth</p> <p>1.1 Mother: _____</p> <p>1.2 Grandfather: _____</p> <p>1.3 Grandmother: _____</p> <p>1.4 Mother suffers from a Psychiatric disease:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Yes* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown </p> <p>*If yes, specify:</p> <p>Schizophrenia <input type="checkbox"/></p> <p>Major Depression (MD) <input type="checkbox"/></p> <p>Bipolar Disease (BD) <input type="checkbox"/></p> <p>Other <input type="checkbox"/></p>	<p>2. Father</p> <p style="text-align: right;">Country of birth</p> <p>2.1 Father: _____</p> <p>2.2 Grandfather: _____</p> <p>2.3 Grandmother: _____</p> <p>2.4 Father suffers from a Psychiatric disease:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Yes* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown </p> <p>*If yes, specify:</p> <p>Schizophrenia <input type="checkbox"/></p> <p>Major Depression (MD) <input type="checkbox"/></p> <p>Bipolar Disease (BD) <input type="checkbox"/></p> <p>Other <input type="checkbox"/></p>
Blood relatives:	
3.1 Number of brothers and sisters:	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
3.2 How many of them suffer(ed) from Schizophrenia ?	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
3.3 How many of them suffer(ed) from Mood Disorder ?	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> MD <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> BD
4.1 Number of uncles and aunts*:	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
4.2 How many of them suffer(ed) from Schizophrenia ?	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
4.3 How many of them suffer(ed) from Mood Disorder ?	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
5.1 Regarding grandparents:	
5.2 How many of them suffer(ed) from Schizophrenia ?	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
5.3 How many of them suffer(ed) from Mood Disorder ?	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
6.1 Approximate age at onset for the 5 closest blood relatives with Schizophrenia and Mood Disorder *	
Schizophrenia:	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Mood Disorder:	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
*If exact number is unknown, give approximate number.	

**SUBJECT
BARCODE
STICKER**

IV. MEDICAL HISTORY – DISEASE CHARACTERISTICS	
1. Age at diagnosis:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
2. The disorder is characterized as:	Depressive <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> Bipolar <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
3. Is the patient's disorder characterized by the following? (mark one or more)	
Poor premorbid history	<input type="checkbox"/>
Insidious onset	<input type="checkbox"/>
Predominance of psychotic features	<input type="checkbox"/>
Unremitting course	<input type="checkbox"/>
4. Does the patient smoke?	
	Yes* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
*If Yes, specify approximate packs per day:	one or less <input type="checkbox"/> more than one <input type="checkbox"/>
5. Specify other major physical illnesses:	
	_____ _____ _____ _____ _____

**SUBJECT
BARCODE
STICKER**

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	
Chlorpromazine (Tarocyl) Levomepromazine (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"/>		
Thioridazine (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"/>		
Perphenazine (Perphenan) Fluphenazine (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"/>		
Chlorprothixene (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"/>		
Haloperidol (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"/>		
Pimozide (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"/>		
Sulpiride (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"/>		
Clozapine (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"/>		
Risperidone (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"/>		
Olanzapine (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"/>		
Zuclopenthixol (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="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**

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
Amitriptyline (Elatrol, Tryptal)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Imipramine (Primonil, Tofranil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Clomipramine (Anafranil, Maronil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desipramine (Deprexan)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doxepin (Gilex)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mianserin (Bonserin, Bolvidon)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maprotiline (Ludiomal, Melodil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Phenelzine (Nardil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fluoxetine (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"/>	
Trazodone (Depyrel, Trazodil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fluvoxamine (Favoxil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sertraline (Lustral)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paroxetine (Seroxate, Paxxet 20)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reboxetine (Edronax)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Citalopram (Cipramil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nefazodone (Serzonil)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Venlafaxine (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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SUBJECT
BARCODE
STICKER

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

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	MOOD DISORDERS הפרעות מצב-רוח
<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

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	<i>SCHIZOPHRENIA AND OTHER PSYCHOTIC DISORDERS</i> 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"/>	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"/>	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"/>	Psychotic Disorder NOS הפרעה פסיכוטית אחרת (C.20) 16

**SUBJECT
BARCODE
STICKER**

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	SUBSTANCE USE DISORDERS 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

VI. SCID – SUMMARY SCORE SHEET (cont.)							
עומד בקריטריונים לאבחנה בחודש האחרון		תחלואה מצטברת במהלך החיים				קוד אבחנה	
קיים	לא קיים	קיים	ת-ת-גבולי	לא קיים	אינפו. לא מספקת	ANXIETY DISORDERS 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**

VI. SCID – SUMMARY SCORE SHEET (cont.)						
עומד בקריטריונים לאבחנה בחודש האחרון		תחלואה מצטברת במהלך החיים				קוד אבחנה
קיים	לא קיים	קיים	ת-ת-גבולי	לא קיים	אינפו. לא מספקת	
SOMATOFORM DISORDERS <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 (G.6) 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 Disorder (G.12) הפרעה דיסמורפית גופנית (G.12) 40
EATING DISORDERS <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 (H.2) 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 (H.5) 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 (H.8) 43
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adjustment Disorders (1.2) 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**